

NOSOGRAPHIE

ORGANIQUE.

TOME SECOND.

NOUVELLES PUBLICATIONS CHEZ J.-B. BAILLIÈRE.

BILLARD. Traité des Maladies des enfans nouveau-nés et à la mamelle, fondé sur de nouvelles observations de Clinique et d'anatomie pathologique faites à l'hôpital des Enfans Trouvés de Paris, dans le service de M. Baron. Paris, 1828. in-8° .... 8 fr.

—— Atlas d'anatomie pathologique pour servir à l'histoire des maladies des enfans. Paris, 1828. gr. in-4° de 10 planches avec un texte explicatif; les planches exécutées sur les dessins de l'auteur, ont été gravées, imprimées en couleur et retouchées au pinceau avec soin par M. Duménil .... 10 fr.

BOIVIN. Recherches sur une des causes les plus fréquentes et les moins connues de l'avortement, suivies d'un Mémoire sur l'Intro-pelvimètre, ou mensurateur interne du bassin, couronné par la Société de Médecine de Bordeaux. Paris, 1828 in-8° fig. .... 4 fr.

BOURDON. Principes de Physiologie médicale. Paris, 1828. 2 vol. in-8°. .... 12 fr.

CIVIALE. De la Lithotritie ou Broiement de la pierre dans la vessie. Paris, 1827. in-8°. fig .... 7 fr.

—— Lettres sur la Lithotritie, ou Broiement de la pierre dans la vessie, suite du précédent. Paris, 1828. Lettres I et II. in-8°. fig ... 6 fr. 50 c.

GENDRIN. Histoire anatomique des Inflammations Paris, 1826. 2 vol. in-8° .... 16 fr.

LATOUR. Histoire philosophique et médicale des Hémorrhagies, de leurs causes essentielles, immédiates ou prochaines, et des méthodes de traitement qu'il convient d'employer dans cette classe de maladies. Paris, 1828. 2 vol. in-8° .... 12 fr.

LOUIS. Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous les noms de Gastro-entérite, fièvre putride, adynamique, ataxique, typhoïde, etc., considérées dans ses rapports avec les autres affections aiguës. Paris, 1828. 2 vol. in-8° ..... 13 fr.

PIORRY. De la percussion médiate et des signes obtenus à l'aide de ce nouveau moyen d'exploration dans les maladies des organes thoraciques et abdominaux. Paris, 1828. in-8°. fig. .... 6 fr.

PRUS. Recherches sur la nature et le traitement du Cancer de l'estomac. Paris, 1828. in-8° .... 4 fr.

RATIER. Traité élémentaire de matière médicale. Paris, 1828. in-8° ....

REGNAULT. Du dégré de compétence des médecins dans les questions juciaires relatives aux aliénations mentales, et des théories physiologiques sur la monomanie homicide. Paris, 1828. in-8° .... 4 fr. 50 c.

ROYER-COLLARD. Essai d'un système général de Zoonomie, ou Considérations générales sur l'Anatomie, la Physiologie, la Pathologie et la Thérapeutique. Paris, 1828. in-4° .... 3 fr. 50 c.

VELPEAU. Traité élémentaire de l'art des Accouchemens Paris, 1828. in-8°.

NOSOGRAPHIE
ORGANIQUE,

PAR F.-G. BOISSEAU,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Membre des Académies royales de Médecine de Paris et de Madrid,
de la Société physico-médicale de Moscou, de la Société médicale d'émulation,
des Sociétés de Médecine de Louvain, Marseille, Metz et Tours,
et de la Société d'Agriculture de Châlons.

Veritas non à felicitate temporis alicujus petenda est

BACON.

TOME SECOND.



PARIS,
J.-B. BAILLIÈRE,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
Rue de l'École-de-Médecine, N° 13 *bis*.

LONDRES, MÊME MAISON, 3 BEDFORT STREET, BEDFORT SQUARE.

A BRUXELLES, AU DÉPÔT DE LA LIBRAIRIE MÉDICALE FRANÇAISE.

1828.

DE L'IMPRIMERIE DE C. THUAU,
RUE DU CLOITRE S.-BENOIT, N. 4.

NOSOGRAPHIE

ORGANIQUE.

SUITE DU PREMIER LIVRE.

DES MALADIES DES ORGANES DE LA DIGESTION.

CHAPITRE VIII.

DES MALADIES DU PÉRITOINE (1).

1359. Sous le nom de *péritoine* le pathologiste entend le tissu cellulaire qui revêt la cavité de l'abdomen, enveloppe les parties contenues dans cette cavité, concourre à leur formation et les termine, les unit et les isole, les maintient dans la situation qu'elles doivent garder, et favorise les mouvemens de celles qui pour l'accomplissement de leurs fonctions subissent des alternatives de contraction et de dilatation, en un mot des changemens de forme.

Il s'en faut que l'histoire des maladies du péri-

(1) Walter, *de morbis peritonæi*, 1785.

toine ainsi considéré soit complète, et l'on ne saurait trop travailler à l'enrichir de faits bien observés.

1360. Comme toutes les membranes séreuses, le péritoine, même à sa surface libre, n'est en contact avec aucun des modificateurs à l'action desquels les membranes muqueuses et la peau sont soumises; mais il s'affecte très-facilement, chez certaines personnes, par suite des lésions de la peau, des membranes muqueuses, des viscères qu'il enveloppe, des membranes séreuses de la poitrine et du crâne, et des organes de la circulation.

Pour que le péritoine se trouve en contact avec un corps étranger, il faut qu'il soit ouvert par un agent vulnérant quelconque, ou qu'un des viscères qu'il entoure vienne à se rompre; alors sa surface libre se trouve en contact avec des liquides ou des gaz, au contact desquels elle n'est point accoutumée.

Les contusions et les plaies de l'abdomen sont les causes externes les plus directes des maladies de cette membrane.

1361. Le diagnostic des maladies du péritoine est souvent très-obscur, et pourtant il importe de ne point les méconnaître à leur début; car elles sont fréquemment mortelles en peu de jours, ou bien elles passent à l'état chronique et demeurent ordinairement incurables.

1362. Pour reconnaître les nuances peu prononcées de ces maladies, il est nécessaire de palper avec soin l'abdomen dans toute son étendue, et d'obser-

ver attentivement les effets du rire, de la toux, des grandes inspirations, en un mot de tous les mouvemens respiratoires, sur les sensations que le sujet rapporte à cette cavité.

ARTICLE PREMIER.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DU PÉRITOINE.

§ Ier. De l'inflammation du péritoine (1).

1363. L'inflammation du péritoine est moins commune que celles de l'estomac et des intestins; elle est le plus ordinairement causée par l'action des corps contondans ou vulnérans sur les parois de l'abdomen; par le ballottement, les secousses, les frottemens qu'impriment aux viscères abdominaux les cahots d'une voiture, les sauts, l'équitation, la toux, les cris, le vomissement; par la pression qu'exerce une ceinture, un corset, ou la présence

(1) *Péritonite.* — Johnston, *De febre puerperali*, Edimbourg, 1779. — Pinel, *Nos. phil.*, 1796, t. I. — Bichat, *Anat. gén.*, 1801, t. I. — Gasc, *Sur la maladie connue sous le nom de fièvre puerpérale*, Paris. — Laennec, *Histoires d'inflammations du péritoine*, dans le *Journ. de méd., chir. et pharm.*, 1802. — Broussais, *Hist. des phl. chr.* t. II. — Legouais, *sur la péritonite puerpérale*. Paris, 1820; in-4°. — Jeunesse, *sur la péritonite en général*. Paris, 1821; in-4°. — Scoutetten, *Anatomie pathologique du péritoine*, 1823; dans les *Archives de méd.*, t. IV. — L. Lombard, *Sur quelques points d'anat. path. du péritoine*, 1825; dans les *Arch. de méd.*, t. X. — Andral, *Clin.*, t. V. 1827.

du fœtus dans la matrice; par l'étranglement d'un intestin ou d'un prolongement du péritoine; par la bile, l'urine, le sang, le pus, l'air, les alimens et les matières intestinales, les liquides utérins, le fœtus, passés dans la cavité du péritoine, à la suite d'une plaie ou d'une rupture de cette membrane et d'un des viscères de l'abdomen.

1364. Après ces causes, les plus directes et les plus efficaces parmi toutes celles qui sont susceptibles de déterminer la péritonite, viennent celles qui occasionent cette phlegmasie, en déterminant la cessation subite, la suppression de l'action sécrétoire de la peau, des intestins, de la matrice, des mamelles, des reins; le retard, l'interruption ou la cessation d'une hémorrhagie habituelle; les phlegmasies des viscères abdominaux, et surtout celles de la membrane gastro-intestinale ou de la surface interne de l'utérus, soit qu'elles finissent par s'étendre au péritoine, soit que l'inflammation se développe à la fois dans les viscères et dans cette membrane; enfin les affections tristes et les accès violens de colère souvent répétés.

1365. Le refroidissement de la peau, les émotions, l'abus des stimulans internes, l'irritation de la matrice, sont les causes les plus ordinaires de la péritonite, chez les femmes en couche.

1° De l'inflammation aiguë du péritoine.

1366. Parmi les causes qui viennent d'être indiquées, celles qui agissent le plus directement sur le

péritoine sont susceptibles de déterminer l'inflammation aiguë plutôt que la phlegmasie chronique de ce tissu.

1367. L'inflammation aiguë du péritoine peut se présenter sous trois formes différentes, dont une est fort aisée à distinguer, tandis que les deux autres sont souvent très-équivoques.

1°. La *péritonite douloureuse* s'annonce ordinairement par un frisson; le sujet éprouve de la douleur dans un point ou dans la totalité de la paroi antérieure de l'abdomen. Cette douleur est fixe, continue, incisive ou lancinante; elle augmente par le plus léger contact, dans l'inspiration, le rire, la toux, les cris, l'éternument, le vomissement; elle est plus vive le soir; elle est parfois accompagnée d'un sentiment de chaleur éprouvé par le malade; la peau de l'abdomen est chaude et sèche au toucher. Il existe quelquefois une tuméfaction visible et de la dureté à l'endroit de la douleur, ou un ballonnement élastique, soit au dessus du siége de la douleur, soit dans toute l'étendue de l'abdomen; le cours des matières fécales est suspendu. Le pouls est petit, serré, concentré, quelquefois très-rare; il s'accélère et devient de plus en plus petit, aux approches de la mort; la peau devient froide et pâle partout ailleurs qu'à l'abdomen; des frissons se répètent à chaque instant; la face exprime le découragement, l'anxiété; les traits sont tiraillés; le sommeil n'a plus lieu; le sujet est dans un état permanent d'angoisse et de douleur; ses idées se troublent, surtout le soir; il éprouve des convulsions, ou tombe dans

l'assoupissement, ou enfin il conserve l'usage de ses facultés intellectuelles.

Le sujet cesse de se plaindre de la douleur, quand le délire, les convulsions ou l'assoupissement surviennent ; quelquefois il cesse presque subitement d'en ressentir, quoiqu'il conserve sa raison et sa tranquillité ; dans tous ces cas, il périt pour l'ordinaire ; dans le dernier, il s'éteint au milieu du mieux apparent qui semblait annoncer la guérison.

2° La *péritonite peu douloureuse* est quelquefois précédée et accompagnée de frissonnemens ; l'abdomen est tuméfié, dur ou ballonné, chaud au toucher, mais le sujet n'y éprouve que peu de douleur, ou qu'une douleur obtuse, à moins que l'on n'exerce sur le bas-ventre une certaine pression ; il ne ressent aucune chaleur intérieure ; les autres symptômes sont d'ailleurs les mêmes que dans la péritonite douloureuse, mais ils sont ordinairement moins intenses, quoique la phlegmasie ne le soit pas moins ; car il ne faut pas oublier qu'une inflammation est souvent parvenue au plus haut degré de violence, quoique le sujet se plaigne peu ou même ne se plaigne point.

3° La *péritonite non douloureuse* est encore moins dessinée que la nuance précédente ; le sujet n'accuse aucune douleur dans l'abdomen, avec quelque soin d'ailleurs qu'on l'interroge : tantôt les autres symptômes sont bien caractérisés, et la pression, surtout latérale, de l'abdomen, détermine une douleur qui achève d'éclairer sur la nature de la maladie, tantôt les autres symptômes sont peu in-

tenses, peu prononcés, plusieurs manquent tout-à-fait, la pression elle-même ne développe quelquefois pas de douleur; tantôt enfin le ballonnement subit du bas-ventre et la constipation peuvent seuls faire soupçonner la péritonite, la pression ne déterminant aucun sentiment pénible caractéristique.

1368. La péritonite aiguë, pour peu qu'elle soit intense, ne guérit presque jamais sans le secours de l'art; il n'y a guère d'exemple qu'elle se soit terminée par le retour prompt à la santé, après être arrivée au plus haut degré; le plus souvent elle détermine la mort dans l'espace de dix à vingt jours, quelquefois dès le quatrième, le troisième jour, et même dans les premières vingt-quatre heures; autrement elle passe à l'état chronique.

2°. De l'inflammation aiguë hémorrhagique du péritoine.

1369. Broussais assigne pour caractères distinctifs à la péritonite hémorrhagique les phénomènes suivans: dès les premiers jours, sans chaleur ni douleurs préalables, le sujet éprouve des douleurs plus atroces et une agitation plus vive; des intervalles de relâche dans la douleur et l'agitation, avec petitesse du pouls, froid des extrémités, pâleur et décomposition précoce de la physionomie. Ces signes lui paraissent d'autant plus caractéristiques que le sujet a fait une chute, et qu'il était sujet à des évacuations sanguines (1). Scoutetten ajoute que le ma-

(1) *Phl. chr.*, t. III, p. 410.

lade dit ressentir dans l'abdomen une douce chaleur, comme si de l'eau tiède coulait dans cette cavité.

3°. De l'inflammation intermittente du péritoine.

1370. Il existe à peine quelques faits qui établissent la possibilité de l'inflammation intermittente du péritoine, ou si l'on veut l'intermittence des redoublemens de la péritonite; c'est un point qui appelle l'attention des praticiens.

1371. Andral rapporte le fait suivant, dans lequel il est permis de voir un cas de péritonite d'abord intermittente puis continue.

Un homme de moyen âge avait eu cinq accès tierces dans l'intervalle desquels il était bien portant, lorsqu'avec le frisson du sixième accès il éprouva dans l'abdomen de vives douleurs, que la pression et les mouvemens augmentaient, et qui, après avoir duré autant que le frisson et la chaleur, se dissipèrent à mesure que la sueur s'établit. La pression de l'abdomen n'éveillait aucune douleur, le sujet était pâle et plus abattu que de coutume. La douleur reparut avec le frisson du septième accès, et se dissipa de même avec la sueur. Le sulfate de quinine fut administré à la dose de dix grains. Huitième accès : frisson accompagné de douleur abdominale, deux vomissemens de matières jaunes et amères; puis une heure après l'invasion, tension du ventre, continuation de la douleur, répétition à chaque demi-heure du vomissement peu abondant,

mais très-pénible. Le lendemain, la maladie était évidemment arrivée à l'état de péritonite aiguë continue; la guérison fut obtenue après l'application de quatre-vingt-quatre sangsues, une saignée de douze onces, et une potion purgative.

4°. De l'inflammation chronique du péritoine.

1372. Les causes les moins directes de la péritonite sont celles qui déterminent plus volontiers l'inflammation primitivement chronique du péritoine; mais un grand nombre de péritonites aiguës passent à l'état chronique après un traitement faiblement dirigé.

1373. Selon Broussais, les signes qui caractérisent la péritonite chronique sont les suivans: une sensibilité continue du ventre, qui quelquefois ne s'aperçoit que lorsqu'on presse sur cette partie; une légère tuméfaction avec rénitence, plus apparente le soir et lorsque la maladie a déjà duré un certain temps; une fluctuation d'abord très-obscure, qui se prononce chaque jour davantage; la percussion, les faux pas, les secousses, l'équitation, la toux, l'éternuement, font éprouver de la douleur à l'abdomen.

Le pouls est légèrement fréquent, au moins le soir, sans que la peau devienne chaude; la respiration est gênée, et la toux plus fréquente dans la position horizontale que dans la station droite; l'urine est de plus en plus rare et difficilement rendue; les membres inférieurs pâlissent, la peau se sèche, devient luisante; les pieds et successive-

ment les jambes, les cuisses enflent et conservent l'empreinte du doigt qui les comprime.

La simple tuméfaction du ventre, la constipation et la sensibilité de l'abdomen autorisent, selon Broussais, à présumer qu'il existe une inflammation chronique du péritoine quand ces symptômes persistent.

1374. La péritonite chronique est la suite très-commune de beaucoup de phlegmasies chroniques des viscères abdominaux, notamment des intestins, du foie et de la matrice.

1375. Cette inflammation est rarement accompagnée de très-vives douleurs, cependant cela arrive quelquefois; le diagnostic en est par conséquent toujours obscur, et très-fréquemment on la méconnaît, faute de tenir compte des sensations douloureuses, passagères, sur lesquelles le sujet n'insiste point assez quand on lui parle de ses souffrances.

1376. La péritonite chronique se termine presque constamment, si ce n'est même toujours, par la mort; mais elle peut durer plusieurs années. Le sujet finit sa carrière par le marasme ou par l'hydropisie, à moins que satisfaisant tous ses goûts, ou mal traité, il n'éprouve une exaspération de la phlegmasie du péritoine; car alors tous les symptômes de la péritonite aiguë se manifestent tout à coup, l'hydropisie du tissu cellulaire général, et quelquefois celle du péritoine lui-même disparaissent, et la mort tarde peu à survenir, pour l'ordinaire subitement, sans agonie.

5° De l'inflammation partielle du péritoine (1).

1377. Jusqu'ici nous avons supposé que l'inflammation s'étendait à tout le péritoine : il s'agit maintenant de déterminer si elle est quelquefois bornée à une partie de cette membrane ; cela est toujours fort difficile, ordinairement impossible pendant la vie, et lorsqu'après la mort on ne trouve de traces d'inflammation que sur une seule partie du péritoine, il n'est pas certain que sa totalité n'ait point été le siége de l'inflammation. Cependant A. Devergie pense que toute péritonite circonscrite donne lieu, non seulement à une légère augmentation du volume du ventre, mais encore à une résistance très-manifeste à la pression, ce qui produit la dépression des parois du ventre, à la manière d'une toile tendue, dans un espace plus ou moins grand ; la peau cède et glisse sur la portion contractée (2).

1378. Les phénomènes qui ont été indiqués comme signes de la péritonite en général appartiennent principalement à la phlegmasie de la portion du péritoine qui tapisse la paroi abdominale antérieure, et à celle de la portion de cette membrane qui revêt les circonvolutions intestinales les plus rapprochées de cette paroi.

1379. En admettant pour signes de la *péritonite antérieure* les symptômes dont nous venons de par-

(1) Frank, *Méd. prat.*, t. II. — Andral, *Clin.* t. IV.

(2) *Exploration de l'abdomen.* Paris, 1823. In-4°.

ler, il resterait à déterminer ceux de la *péritonite postérieure, dorsale* ou *lombaire*. J. P. Frank dit qu'on peut facilement, mais sans grand préjudice, confondre cette phlegmasie avec celle des muscles lombaires, et que ses phénomènes ne diffèrent de ceux de la pleurésie dorsale qu'en ce que des douleurs plus vives se font sentir sur le trajet de la colonne vertébrale ; ces douleurs augmentent dans le redressement du tronc, et quand on exerce une assez forte pression sur l'abdomen ; l'accélération du mouvement circulatoire est considérable, et l'irritation de l'estomac et des intestins est, suivant lui, très-prononcée.

1380. Le même auteur admet une phlegmasie bornée à la portion du péritoine qui revêt les muscles psoas et iliaque (1), et à laquelle il assigne pour caractères : une douleur à la région dorsale ou iliaque, qui se prolonge, avec un sentiment d'engourdissement, jusqu'à l'aine, et à la cuisse dont l'extension excite de vives douleurs, sans difficulté dans le cours des matières fécales ni de l'urine ; enfin, après quelques jours, une tuméfaction se manifeste sur le trajet des muscles psoas et iliaque et vers les glandes inguinales externes.

1381. L'inflammation de l'épiploon (2) s'annonce, dit-on, par une douleur qui occupe principalement la région située entre la fin du sternum et le nom-

(1) *Psoïte.*

(2) *Epiploïte. Omentite.*—Berends, *De Epiploïtide.* Kœnigsberg 1788.

bril; cette douleur est fixe, brûlante, et le plus léger poids l'exaspère; l'abdomen est dur et distendu, et l'on observe tous les autres phénomènes de la péritonite en général. On voit que, dans ces prétendus signes, il n'y a rien qui appartienne à l'inflammation de l'épiploon plutôt qu'à celle des autres parties superficielles du péritoine.

L'inflammation chronique de l'épiploon a parfois pour résultat la formation de divers tissus accidentels dans cette membrane, d'où il résulte qu'il est facile de prendre pour des tumeurs de l'estomac, du mésentère ou de la rate, des tumeurs épiploïques dont il n'est guère possible de déterminer le siége ni la nature avant la mort du sujet.

Andral rapporte qu'un homme âgé de soixante-quatre ans présentait des symptômes de gastrite chronique; le foie dépassait de plusieurs travers de doigt le bord cartilagineux des côtes, et formait dans l'hypochondre droit une tumeur douloureuse au toucher; cependant l'abdomen était souple et indolent, le marasme était peu avancé, le mouvement circulatoire n'était point accéléré, le sujet s'affaiblissait graduellement. Un jour, il eut pour la première fois des vomissemens, une douleur vive se fit sentir dans toute la paroi antérieure de l'abdomen; un mois après, cette douleur persistait, la pression l'augmentait, les muscles droits restaient singulièrement tendus et contractés, le vomissement continuait, la circulation était accélérée. Quelques jours après, il mourut, et l'on trouva des traces non équivoques de l'inflammation aiguë de l'épiploon.

Dans un autre cas ce médecin a vu une tumeur considérable se développer, en vingt-quatre heures, dans les environs de l'ombilic, chez un sujet également atteint de maladie du foie, et qui succomba aussi rapidement. L'ouverture du corps prouva que la tumeur était inflammatoire et formée par l'épiploon.

1382. L'inflammation du mésentère (1) s'annonce, dit-on, par une douleur profonde, qui de la colonne vertébrale s'étend à l'ombilic; cette douleur est brûlante, fixe, non interrompue, rendue plus vive par la toux, l'éternuement, les mouvemens du tronc, et par une forte pression exercée sur l'abdomen; le toucher fait reconnaître au centre de cette partie une tuméfaction inégale et des duretés comme noueuses.

Cette phlegmasie, commune chez les enfans, est rarement primitive, et presque toujours accompagnée de celle de l'intéstin grèle et des glandes mésentériques; elle donne souvent lieu au développement de tissus accidentels d'un volume considérable, qui forment des tumeurs inégales, bosselées, sensibles à la vue et au toucher, sous les tégumens de l'abdomen, et qu'il est difficile de distinguer de celles qui sont dues à l'altération de structure de l'épiploon et des autres parties contenues dans cette cavité.

1383. La portion du péritoine qui revêt le dia-

(1) *Mésenterite*. Ebhard, *De Statu mesenterii naturali et præter naturali*. Jena, 1785.

phragme et la face convexe du foie peut s'enflammer sans que le reste de cette membrane s'affecte. On présume que l'inflammation du péritoine sous-diaphragmatique détermine seule de la gêne dans la respiration. B. A. Bonnet attribue à la phlegmasie du péritoine hépatique la douleur vive, superficielle, et augmentant à la plus légère pression exercée sur l'hypochondre droit (1). Il résulte de quelques recherches d'Andral que cette péritonite partielle peut être accompagnée de la coloration de la peau en jaune, quoique le foie soit peu ou même ne soit point affecté dans sa substance. Il paraît aussi que cette phlegmasie peut avoir lieu sans autre symptôme que la jaunisse, et sans qu'elle se décèle par aucun phénomène particulier pendant la vie.

1384. La portion du péritoine voisine de la rate peut aussi s'enflammer seule, ou bien être le siége principal de l'inflammation; peut-être est-ce à des cas de ce genre qu'a été donné le nom d'inflammation de la rate, et peut-être doit-on leur attribuer les phénomènes indiqués comme signes de la phlegmasie de ce viscère.

1385. Le tissu cellulaire qui entoure les reins peut également s'enflammer, mais il n'y a guère de moyen de s'en assurer pendant la vie. J'ai observé un cas de plaie du rein dans lequel ce tissu a dû

(1) *Essai sur l'irritation du foie*, adressé à la Société médicale d'émulation en 1827.

être enflammé : la douleur fut peu intense à la région lombaire.

1386. Le tissu cellulaire de l'excavation du bassin peut être le siége unique ou principal de l'inflammation ; les douleurs sont profondes, tantôt très-vives, tantôt sourdes ; elles n'augmentent que lorsque l'on comprime l'hypogastre ; le reste du ventre est souple ou indolent ; le dépérissement progressif, le marasme et la mort sont les suites ordinaires de cette phlegmasie. Le pus qui se forme dans le tissu cellulaire enflammé, venant à s'incarcérer, il en résulte une tumeur qui quelquefois vient faire une saillie visible, ou se laisse distinguer par le toucher, à l'hypogastre, et qu'on rapporte pour l'ordinaire à la matrice ou à l'un des ovaires ; quelquefois le pus fuse et va former une tumeur avec fluctuation, sans changement de couleur à la peau, soit à la région iliaque gauche ou droite, soit à la région hypogastrique.

1387. Lorsque l'on réfléchit que l'inflammation générale du péritoine ne donne souvent lieu qu'à des symptômes insuffisans pour la faire reconnaître, et que parfois on trouve à l'ouverture des cadavres des traces non équivoques de vastes péritonites que rien n'avait fait soupçonner, on demeure convaincu, sinon de l'impossibilité, au moins de l'extrême difficulté de distinguer les inflammations partielles du péritoine pendant la vie. Néanmoins on ne doit pas se lasser de chercher les moyens de perfectionner cette partie du diagnostic. Peut-être en viendra-t-on

peu à peu et sans le vouloir à décrire sous le nom de péritonites partielles, gastrique, hépatique, splénique, intestinale, utérine, épiploïque, mésentérique, ce que nos devanciers appelaient gastrite, hépatite, splénite, entérite, métrite, épiploïte, mésentérite phlegmoneuses; le nom de *péritonite* resterait pour l'inflammation de la totalité du péritoine, la seule qui soit passablement connue.

1388. Les altérations que l'on trouve dans les cadavres après la péritonite sont :

A. Au péritoine proprement dit.

1° La *rougeur*. Elle est ordinairement sous forme de pointillé, quelquefois disposée par stries; quand l'inflammation a été très-vive ce sont des plaques rouges ou des bandes de même couleur qui couvrent les intestins, et sont limitées par les adhérences de ceux-ci; entre elles le péritoine est sans couleur. La rougeur, signe d'une inflammation aiguë ou de la recrudescence d'une phlegmasie chronique, est quelquefois générale, plus souvent disséminée, et parfois pour la découvrir il faut explorer avec soin les parties les plus profondément situées du péritoine. Lorsque l'inflammation a laissé peu de traces cette membrane est à peine colorée; mais si on l'enlève de dessus les viscères qu'elle recouvre, si on la chiffonne et la plie à plusieurs reprises, elle manifeste une teinte rouge bien prononcée.

Cette rougeur peut aller jusqu'au poupre, à la teinte lie de vin, au violet et même jusqu'au rouge

brunâtre ; il suffit pour cela que l'inflammation ait été fort intense, ou qu'elle se soit beaucoup prolongée même à un degré un peu considérable.

2° La *coloration en gris.* Elle se montre sous forme de petites taches grisâtres, disséminées ou confluentes, principalement sur le grand épiploon et le mésentère ; leur étendue ne va pas au delà d'un pouce de longueur ; c'est une trace d'inflammation chronique.

3° L'*opacité.* Le péritoine qui a été enflammé peu de temps conserve à peu près la transparence qui lui est naturelle ; mais pour peu que la phlegmasie se soit prolongée la membrane acquiert un certain degré d'opacité qui peut aller jusqu'à la perte de toute diaphanéité ; ce signe, quand il est bien prononcé, suffit pour caractériser l'inflammation du péritoine, pour peu que des symptômes de souffrance vers l'abdomen se soient manifestés pendant la vie.

A cette opacité se joint par fois une *blancheur mate* remarquable, trace non équivoque d'une inflammation qui a duré long-temps.

4° L'*épaississement.* Il est peu considérable, si l'inflammation a peu duré, si elle a été peu intense ; il l'est d'autant plus que la phlegmasie a duré davantage ; il peut être d'une à plusieurs lignes, quelquefois même jusqu'à près d'un pouce ; l'opacité l'accompagne constamment. Dans le mésentère et surtout dans le grand épiploon, il est souvent remarquable et parfois très-considérable. Ainsi, l'épiploon, au lieu d'une membrane mince, légère, est devenu

une masse d'un demi-pouce, un pouce, ou un pouce et demi d'épaisseur, par fois même davantage; c'est une lourde masse rougeâtre et opaque.

5° Les *escarres*. Elles sont fort rares: là où elles existent, on observe des plaques noires, friables et fétides, qui comprennent toute l'épaisseur du péritoine et vont jusqu'à la membrane musculaire des intestins, quelquefois au-delà; ce sont des traces de gangrène.

6° Un *enduit onctueux*, dont on n'aperçoit la présence sur le péritoine que lorsqu'on passe le doigt sur cette membrane, qui autrement paraît lisse et sèche. Quand il n'y a point d'autre produit d'exhalation, l'inflammation a été peu intense et de peu de durée; les intestins adhèrent légèrement entre eux dans plusieurs points, sans autre moyen d'union que cet enduit, aussi est-il très-facile de les isoler les uns des autres.

7° Une *couche pulpeuse blanche* ou *jaunâtre* couvre le péritoine. Cette couche, dont l'épaisseur varie depuis un quart ou une demi-ligne jusqu'à une, deux, trois lignes, et quelquefois même un demi-pouce, n'existe parfois qu'entre les circonvolutions intestinales; c'est surtout là qu'on la rencontre; elle fait adhérer ensemble les intestins, mais il n'est pas difficile d'isoler ceux-ci, même en ne faisant que passer les doigts entre eux. Cette couche pulpeuse annonce que l'inflammation a été intense, parfois prolongée, et d'autant plus qu'elle offre davantage de consistance et qu'elle est plus élastique, moins friable. Quaud la phlegmasie a duré au-delà de

quelques semaines, cette couche est d'un rouge grisâtre, surtout à sa face interne, et les portions du péritoine qu'elle recouvre sont fort rouges.

La couche pulpeuse qui vient d'être décrite ne s'étend pas toujours à la totalité du péritoine ; souvent elle est remplacée par des *flocons* pulpeux ou des lambeaux membraniformes flottant dans la cavité de l'abdomen ; mais, quoique très-mince, elle offre quelquefois une sorte de sécheresse et beaucoup de résistance aux tentatives que l'on fait pour la rompre, tandis que le plus ordinairement elle est diffluente comme du fromage.

Dans d'autres cas on la voit former çà et là des *filamens* transparens et élastiques, quoique faciles à rompre, et qui ressemblent à un tissu cellulaire demeuré imparfait.

Si l'inflammation a été chronique, cette couche est, en partie ou en totalité, organisée en tissu cellulaire ; il en résulte des *cloisons*, entre lesquelles réside un liquide dont les caractères ne sont pas toujours les mêmes. Sous ces cloisons, le péritoine est peu rouge, parfois à peine coloré.

Dans d'autres cas, les intestins adhèrent seulement entre eux, sans que l'on puisse dire par quel moyen leur union s'est opérée, quoique d'ailleurs celle-ci soit très-intime.

Enfin quand le travail inflammatoire a cessé depuis long-temps, au lieu d'une couche pulpeuse élastique ou presque cellulaire, ce sont des *liens* vraiment *cellulaires* qui font adhérer ensemble divers points du péritoine. C'est ainsi que le foie, le

duodénum, l'estomac lui-même, les intestins, l'épiploon, le mésentère contractent des adhérences, qui parfois sont telles qu'il n'est plus possible de déterminer, même à l'aide de l'instrument tranchant, les limites de ces divers organes.

On a vu des vaisseaux sanguins ramper dans cette couche et s'aboucher avec ceux du péritoine sous-jacent.

8° Des *granulations* existent parfois à la surface du péritoine; elles sont du volume d'un grain de millet, de chenevis, ou d'un pois, blanches, entourées de vaisseaux sanguins radiés, bien apparens; on les observe principalement sur le grand épiploon; elles sont quelquefois confluentes; les unes, très-consistantes, adhèrent fortement à la membrane qui les supportent; les autres, molles ou réduites en un liquide puriforme, peuvent être facilement isolées; il en est qui ont l'apparence d'une substance calcaire. Les intervalles du péritoine, demeurés libres entre les granulations, sont d'un rouge foncé, obscur, bleuâtre ou noirâtre, ou d'un blanc luisant, nacré.

9° Le péritoine acquiert quelquefois, outre l'opacité et l'épaississement, une dureté qui le fait ressembler à un *cartilage*; d'autres fois il s'*ossifie*, ou du moins il s'incruste de substance *calcaire*; on le trouve aussi converti en un tissu *fibreux*, *lardacé*, *cérébriforme*, *stéatomateux*, ou réduit à l'état de *mélanose*.

Ces diverses altérations sont ordinairement partielles, et elles peuvent former des tumeurs quel-

quefois d'un volume énorme, dont le siége n'est pas facile à déterminer pendant la vie, et dont la nature n'est jamais connue qu'après la mort.

10° On trouve parfois à la suite de la péritonite chronique, soit des *sillons*, soit des *érosions* longues et superficielles, soit des *ulcères* qui s'étendent à toute l'épaisseur du péritoine et même jusqu'à la tunique musculaire sous-jacente. Les ulcères du péritoine sont quelquefois très-nombreux et alors peu étendus. Ils sont, dans certains cas, dus à l'extension de ceux de la membrane muqueuse d'abord, puis du reste de l'épaisseur des intestins.

11° Le péritoine enflammé peut finir par s'ouvrir, soit que le travail inflammatoire lui ait été transmis par les parties qu'il recouvre, soit que ce travail s'établisse d'abord en lui-même. Le premier cas est le plus commun, dans les perforations de cette membrane autres que celles qui sont dues à un instrument vulnérant quelconque. Il est d'autres cas où le tissu cellulaire, situé entre le péritoine et les viscères ulcérés, étant aminci de plus en plus, le péritoine ou plutôt les couches les plus superficielles de la portion membraniforme du tissu cellulaire qui a reçu ce nom, finissent par se rompre, en raison des tiraillemens qu'exercent sur elle les liquides contenus dans les viscères qu'elle revêt.

En résumé, les *perforations* du péritoine mettent sa cavité en communication directe, soit avec la cavité naturelle ou ulcéreuse des viscères, soit avec le tissu cellulaire, soit enfin avec l'extérieur du corps quand la perforation s'étend à toute l'épais-

seur de la paroi, ordinairement antérieure, de l'abdomen. Souvent le péritoine sus-viscéral et le péritoine qui revêt les parois de l'abdomen étant tous deux perforés, puis adhérens l'un à l'autre par les bords de leur ouverture, il en résulte, entre la cavité d'un viscère et l'extérieur, une communication qui persiste après que la cavité péritonéale s'est fermée au moyen de l'adhérence mutuelle dont nous venons de parler (1).

Les liquides accumulés dans le péritoine, par suite de l'inflammation de cette membrane, se font jour au dehors, quand la paroi de l'abdomen ou un point du tube digestif s'ouvre, en même temps que le péritoine.

B. Dans la cavité du péritoine.

1° On trouve ordinairement des *gaz* parfois très-abondans, souvent fétides, et qui s'échappent avec bruit de l'abdomen, quand on divise le péritoine.

2° Un *liquide* occupe ordinairement la cavité du péritoine, pour peu que l'inflammation ait duré au-delà d'un jour, un jour et demi ou deux jours; il est quelquefois incolore et limpide, plus souvent trouble, blanchâtre, jaunâtre, grisâtre, ayant l'apparence du petit-lait, du lait, ou du pus; souvent on y voit flotter des flocons pulpeux blancs ou jaunes, dont le volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une noix et même du poing.

(1) Fistules *gastrique*, *intestinale*, *hépatique*.

La quantité de ce liquide varie depuis un ou plusieurs verres jusqu'à plusieurs pintes.

3° Le *liquide* épanché dans le péritoine est quelquefois *sanguinolent,* quelquefois aussi on y trouve du *sang* pur, liquide ou concret.

4° Le liquide épanché dans le péritoine peut offrir tous les caractères du *pus*, et se montrer diffus dans la cavité de cette membrane, ou réuni en collections dans des espèces de loges, formées soit dans le mésentère, soit au moyen des adhérences partielles des différentes parties du péritoine.

Le pus que l'on trouve ainsi incarcéré ne provient pas toujours du péritoine, souvent il est dû à la suppuration des ganglions mésentériques.

5° Le sang, la bile, le pus et toutes les autres matières étrangères au péritoine qui passent dans la cavité de cette membrane, quand elle est ouverte ou rompue, et lorsqu'elle se perfore, s'y retrouvent après la mort, quand il n'y a pas long-temps que ce passage s'est effectué.

C. Sous le péritoine.

1° Dans les cas où la rougeur du péritoine est très-prononcée, le tissu cellulaire sous-jacent à la couche superficielle de cette membrane est infiltré de sang; quelquefois il renferme un liquide puriforme; parfois il offre un ou plusieurs modes de dégénérescence indiqués plus haut. C'est surtout dans la partie du tissu cellulaire péritonéal qui revêt la

paroi postérieure de l'abdomen que ces dégénérescences s'observent.

2° Le pus provenant de l'inflammation d'une partie quelconque de la poitrine peut fuser dans le tissu cellulaire de l'abdomen derrière les intestins, sous le péritoine proprement dit, et venir se montrer sous la peau vers un ou plusieurs points des parois abdominales, sans communiquer avec la cavité péritonéale.

Le pus qui résulte de l'inflammation primitive du tissu cellulaire sous-péritonéal lui-même, peut suivre la même voie, c'est-à-dire se porter au dehors sans pénétrer dans la cavité du péritoine.

4° A la suite de la péritonite aiguë, on trouve quelquefois le tissu cellulaire sous-péritonéal rempli d'un *gaz* (1) qui en distend les aréoles, qui en soulève inégalement la couche superficielle, soit dans sa totalité, soit dans une partie de son étendue. Cet état est rare et peu connu.

D. Aux vaisseaux du péritoine.

1° Les vaisseaux sanguins sont fréquemment plus dilatés que dans l'état normal, quand l'inflammation s'est prolongée ; ils ont quelquefois acquis un calibre considérable, et semblent s'être multipliés, uniquement sans doute parce qu'ils sont devenus plus apparens.

(1) *Emphysème sous-péritonéal.*

2° Les vaisseaux lymphatiques se montrent quelquefois sous forme de canaux noueux, à parois transparentes ; cela n'a guère lieu que dans les cas où de volumineuses tumeurs se sont développées dans le tissu cellulaire des régions postérieures de l'abdomen ou dans le mésentère.

1389. Il est remarquable que toutes les divergences d'opinion qui se sont manifestées sur la valeur des signes et l'importance des traces de l'inflammation de l'estomac ne se retrouvent plus lorsqu'il s'agit du péritoine ; et pourtant dans la péritonite comme dans la gastrite, les symptômes sont souvent à peine saisissables, et les plus significatifs manquent souvent ; souvent on est réduit aux signes les plus fugaces et les moins concluans au premier aspect ; à l'ouverture des cadavres on ne trouve quelquefois aucune trace d'une inflammation du péritoine qui n'a pas été un seul instant douteuse pendant la vie *(Andral)* ; d'autres fois les traces que l'on trouve dans les cadavres, après une péritonite peu dessinée à l'extérieur, sont elles-mêmes peu profondes, et pourtant on n'hésite guère à décider que le sujet a succombé par suite de l'inflammation du péritoine. Ce n'est pas ici le lieu d'examiner les causes de cette unanimité de suffrages, quand il s'agit de la péritonite, et de la diversité des opinions, quand il s'agit de la gastrite ; il suffit d'avoir constaté le fait.

1390. Parmi tous les phénomènes qui ont été rassemblés comme symptômes de la péritonite, il en est, non-seulement plusieurs qui ne lui appartien-

nent point en propre, mais encore d'autres qui dépendent de l'irritation concomittante, primitive ou secondaire, soit des organes digestifs, soit des autres viscères que le péritoine enveloppe ou tapisse.

1391. Le praticien doit s'attacher à démêler, au lit du malade, ce qui appartient à chaque organe, pour cela il doit se représenter sans cesse les signes véritablement caractéristiques des diverses maladies de chacun d'eux.

§ II. Des effets des poisons sur le péritoine.

1392. Les poisons ne sont introduits dans le péritoine que par les physiologistes, dans les expériences sur les animaux; mais l'inflammation que les poisons introduits dans les voies digestives déterminent sur la membrane muqueuse gastro-intestinale s'étend souvent jusques au péritoine, et l'on voit alors se manifester, ou les signes d'une péritonite aiguë des plus violentes, ou une prostration des plus profondes, et la mort tarde peu.

1393. Le péritoine s'enflamme si rapidement, et avec des résultats si funestes par suite de la plus légère action irritante directement exercée sur lui, que l'on ne peut s'empêcher de redouter les plus graves accidens de l'introduction d'un liquide ou d'une vapeur quelconques destinés à provoquer l'inflammation de cette membrane, dans des intentions thérapeutiques. Il est un point où la hardiesse du praticien devient une coupable témérité.

§ III. De la présence de la sérosité dans le péritoine (1).

1394. L'accumulation de la sérosité dans la cavité du péritoine a lieu, à divers degrés, dans quatre cas différens : 1° par l'effet de l'inflammation aiguë ou chronique de cette membrane; 2° par suite de l'inflammation chronique et de la dégénérescence d'un des viscères qu'elle revêt ; 3° par l'obstacle qu'apportent à la circulation les maladies du cœur et des gros vaisseaux ; 4° par suite de l'hydropisie de la plèvre, du péricarde ou du tissu cellulaire général.

1395. L'hydropisie qui dépend de l'inflammation aiguë du péritoine est rarement considérable ; une fluctuation obscure la caractérise ; elle persiste assez souvent après que l'inflammation a cessé, ou du moins a perdu le caractère aigu ; dans ce cas, la collection séreuse augmentant de plus en plus, la fluctuation devient chaque jour plus sensible.

1396. L'hydropisie qui est due à l'inflammation chronique du péritoine est d'abord peu considérable; elle augmente graduellement, pour l'ordinaire avec lenteur ; elle est tantôt accompagnée de symptômes

(1) *Hydropisie du péritoine. Ascite péritonéale. Hydropéritoine.* — Monro, *sur les hydropisies*, traduit de l'Anglais. Paris, 1760. — Bouillaud, *sur les hydropisies.* — Chomel, art. *péritonite* du *Dict. de méd.* — Portal, *Observations sur la nature et le traitement de l'hydropisie.* Paris, 1824; 2 vol. in-8°.

manifestes de la phlegmasie du péritoine, tantôt elle n'en offre aucun de bien caractéristique.

1397. L'hydropisie du péritoine provenant d'un obstacle à la circulation n'offre point les phénomènes de l'inflammation de cette membrane, si ce n'est vers la fin de la vie du sujet, encore sont-ils ordinairement très-obscurs; elle est précédée, accompagnée des symptômes de l'obstacle qui l'occasionent; mais ces symptômes étant parfois très-peu prononcés, ce n'est guère que lorsque la maladie des organes circulatoires est fort avancée, et par conséquent lorsque ses phénomènes ont acquis de l'intensité, qu'on parvient à en reconnaître la source.

1398. L'hydropisie du péritoine provenant d'une sorte d'extension des hydropisies du tissu cellulaire général, de la plèvre, du péricarde, est précédée et accompagnée des signes caractéristiques de ces collections séreuses; d'autres fois elle les précèdent; souvent elle finit par les déterminer, ainsi que celle de l'encéphale.

1399. On voit que l'hydropisie du péritoine n'a point de causes qui lui soient particulières, et qu'elle est toujours due à celles qui déterminent une phlegmasie, soit du péritoine, soit d'un des viscères abdominaux, une maladie du cœur ou des principaux vaisseaux, ou enfin l'hydropisie de quelque autre partie du corps.

1400. Parmi les symptômes qui sont observés chez les personnes affectées d'hydropisie du péritoine, les uns appartiennent à la lésion organique qui détermine cette collection séreuse, les autres se

rattachent plus directement à la présence de la sérosité dans la cavité péritonéale. Il serait inutile d'exposer ici les premiers, puisqu'ils se trouvent indiqués à l'occasion de chacun des organes auxquels ils se rattachent ; les seconds doivent au contraire nous occuper ici.

1401. De quelque lésion d'organe que provienne l'hydropisie du péritoine, aussi long-temps que la sérosité n'est point en assez grande quantité pour que le toucher et la percussion puissent faire reconnaître un mouvement de fluctuation dans le bas-ventre, rien ne peut encore révéler sa présence dans la cavité péritonéale.

Lorsque la sérosité est assez abondante pour soulever la paroi antérieure de l'abdomen, celui-ci acquiert plus de volume, et si l'on frappe sur un de ses côtés, la main, placée sur le côté opposé, sent distinctement le flot du liquide qui, chassé d'une part, vient de l'autre frapper la paroi abdominale.

Quand la collection est considérable, si le malade se couche sur le côté, l'abdomen devient plus volumineux de ce côté, et s'aplatit du côté opposé ; s'il se couche sur un plan horizontal, le volume de la partie antérieure de l'abdomen semble diminuer, mais les flancs se soulèvent ou s'élargissent.

A mesure que la collection de sérosité augmente, il semble qu'une vaste cavité ovalaire se développe au-devant de l'abdomen qui devient de plus en plus volumineux ; la région sus-ombilicale est plus soulevée que le reste du ventre, et si on frappe sur cette région on obtient un son analogue à celui

qui est produit par la percussion d'une vessie pleine d'air.

Piorry a observé que les régions du péritoine où se trouve un liquide rendent à la percussion un son moins mat que celui du foie et moins clair que celui de l'estomac et des intestins (1).

Dès que la sérosité augmente sensiblement le volume de l'abdomen, la peau devient luisante et plus blanche; de larges stries bleuâtres se dessinent sous elle; elle finit par présenter vers les régions inguinales des zig-zags d'un blanc mat; elle devient sèche, aride, rapeuse; la face est pâle, d'un blanc sale, d'un aspect terreux.

La respiration est gênée, et le devient de plus en plus, à mesure que la sérosité s'accumule davantage; la dilatation de la poitrine se fait principalement dans le sens latéral; la gêne de la respiration, surtout peu après le coucher, est assez souvent le premier indice de l'hydropisie du péritoine; il survient une petite toux sèche qui revient par quintes, surtout dans la position horizontale.

La sueur est complètement supprimée; l'urine devient de plus en plus rare, de moins en moins abondante; elle acquiert une teinte brune noirâtre, et devient trouble, fétide; elle se couvre d'une pellicule irisée, ou dépose un sédiment rose.

La soif tourmente le sujet dès le début de l'hydropisie; elle la précède même dans plusieurs cas;

(1) *De la Percussion médiate*, et des signes obtenus par ce nouveau moyen d'exploration, dans les maladies des organes thoraciques et abdominaux. Paris, 1828, in-8°.

toujours elle se fait vivement sentir quand la maladie est fort avancée vers une fâcheuse terminaison.

Le pouls n'a rien de spécial dans l'hydropisie du péritoine; il est quelquefois plein et fréquent, le plus souvent il est petit et concentré.

Quand la collection est considérable, quelquefois avant même que la fluctuation ne soit sensible, il se manifeste de l'empâtement autour des malléoles; les pieds ne peuvent plus être renfermés dans la chaussure habituelle du sujet; ces parties sont plus volumineuses que de coutume; lorsqu'on appuie sur la peau, l'empreinte du doigt y reste marqué par un enfoncement qui se remplit lentement; cette enflure s'étend peu à peu jusqu'à la partie moyenne des jambes, aux cuisses et au pourtour du bassin, selon le sexe, aux grandes lèvres ou au scrotum; parfois il se forme à l'ombilic une tumeur molle, transparente, avec fluctuation; l'enflure se confond alors avec l'état d'empâtement des parois abdominales, et finit par se manifester aux paupières et aux mains.

Au dernier degré de l'hydropisie du péritoine, la face et les membres maigrissent; la peau est devenue terreuse et âpre au toucher; l'urine se supprime tout-à-fait; des taches irrégulières, jaunes, brunâtres, couvrent les avant-bras; la voix devient aigre, les extrémités se refroidissent, le pouls devient de plus en plus petit et serré; le malade perd à chaque instant connaissance, et finit par tomber dans un dernier assoupissement.

1402. Il est rare que la mort soit promptement

le résultat de l'hydro-péritoine; cependant on l'a vue survenir dès le quinzième jour, quelquefois dans l'espace des six premières semaines; ordinairement elle se fait attendre plusieurs mois; il n'est pas rare que le sujet ne succombe qu'après plusieurs années.

La terminaison de cette hydropisie par la mort est d'autant plus rapide que l'accumulation séreuse est due à une altération organique plus profonde et moins susceptible d'être arrêtée dans sa marche.

1403. La quantité de la sérosité contenue dans le péritoine n'est pas toujours la même chez le même sujet, et elle ne s'accroît pas toujours par un progrès uniforme; le volume du ventre diminue quelquefois; d'autres fois il augmente presque subitement, puis l'accroissement reprend sa marche lente et ordinairement uniforme; il arrive même, rarement à la vérité, que l'épanchement disparaît rapidement, puis reparaît après quelques semaines, un ou plusieurs mois; mais cela n'arrive que lorsque la quantité du liquide épanché est encore peu considérable.

1404. Les sujets affectés d'hydropisie du péritoine ne périssent pas tous. Il arrive, dans des cas peu fréquens, que la collection séreuse de la cavité de cette membrane se dissipe après un flux copieux d'urine, une sueur abondante, un vomissement de matière aqueuse, des déjections séreuses, et même après l'écoulement du liquide accumulé dans le péritoine, par l'ombilic.

1405. Lorsque l'on pratique une ouverture à la

paroi antérieure de l'abdomen, la sérosité qui s'écoule est limpide, citrine, verdâtre ou trouble, épaisse, blanche, lactescente, d'un jaune foncé, sanguinolente, ou brunâtre, quelquefois fétide; des flocons blancs et pulpeux s'échappent parfois de l'ouverture; plus le liquide se rapproche des caractères apparens de l'eau, et plus on a lieu de penser que le péritoine n'est pas altéré, au moins profondément, dans sa texture.

1406. A l'ouverture des cadavres des sujets qui pendant la vie ont présenté des symptômes de la présence de la sérosité dans la cavité péritonéale, on trouve le plus ordinairement des traces de péritonite aiguë ou chronique; mais il n'en faut pas toujours conclure que la collection séreuse fut uniquement due à cette inflammation; celle-ci peut avoir été consécutive à l'hydropisie, qui peut elle-même dépendre primitivement de la lésion d'une autre partie que le péritoine. Ainsi, lorsque l'on trouve des traces de péritonite, surtout chronique, après la mort des sujets affectés d'hydro-péritoine, l'anatomiste ne doit pas borner là ses recherches: il doit explorer avec soin chacun des viscères et les gros vaisseaux de l'abdomen, ceux de la poitrine et le cœur; il doit se remémorer avec exactitude l'ordre dans lequel les différens symptômes se sont manifestés. Cette évaluation comparative des traces de lésion du péritoine et des phénomènes morbides observés pendant la vie est d'autant plus importante qu'il est peu d'hydropisies du péritoine à la suite desquelles on ne trouve quelque altération de cette

membrane, lors même qu'elle est due à l'affection d'une autre partie.

Rapporter ici toutes les altérations que l'on peut trouver dans les différens organes, après la mort des sujets affectés d'hydropisie du péritoine, ce serait tomber dans des redites inutiles; il suffit de mentionner la fréquence bien connue des lésions du cœur et des gros vaisseaux, du foie, de la rate, des intestins, de la matrice, de l'ovaire, des trompes de Fallope, du rein, l'état hydropique de la plèvre et du péricarde, presque toujours accompagné de traces d'inflammation chronique de ces membranes, et enfin l'oblitération de la veine porte, bien constatée par Bouillaud.

A l'égard de la sérosité trouvée dans la cavité péritonéale, elle est plus ou moins abondante, selon que la mort est survenue au plus haut degré de la maladie, avant ou après que l'on a procuré l'évacuation du liquide; elle offre d'ailleurs, selon les cas, les divers caractères que nous lui avons assignés, en parlant de l'aspect qu'elle offre quand on pratique la ponction (1404).

Le tissu cellulaire sous-péritonéal est ordinairement infiltré de sérosité, principalement quand le tissu cellulaire général en est lui-même gorgé.

Il n'est pas commun de trouver les vaisseaux lymphatiques, qui du péritoine se rendent au canal thoracique, distendus, remplis de sérosité, visibles à l'œil nu. Les glandes du mésentère sont parfois tuméfiées, endurcies ou ramollies.

La cavité de l'arachnoïde contient pour l'ordi-

naire une quantité notable de sérosité ; on en trouve également dans la plèvre et le péricarde, alors même que l'hydropisie de ces membranes a succédé à celle du péritoine.

1407. Il est digne de remarque que l'hydropisie du péritoine est endémique dans les contrées dont le sol est bas et humide, chez les sujets pâles et abondans en tissu cellulaire, et que toutes les conditions de l'atmosphère, des habitations et des vêtemens qui favorisent l'impression de l'humidité sur le corps, concourent à en déterminer le développement ; mais ces circonstances ne doivent pas faire méconnaître la liaison qui unit cette hydropisie aux inflammations des diverses parties dont l'état morbide peut la produire.

§ IV. Des kystes séreux du péritoine (1).

1408. A la suite de la péritonite aiguë ou chronique, méconnue, oubliée, des kystes remplis de sérosité se forment quelquefois aux dépens des couches albumineuses qui couvrent le péritoine et des replis de cette membrane.

D'autres fois des kystes séreux se forment entre le péritoine et les muscles de la paroi antérieure de l'abdomen ; ces kystes, intra et extra-péritonéaux, venant à prendre un grand développement, l'abdomen offre un aspect extérieur analogue à celui que lui donne l'accumulation de la sérosité dans la cavité

(1) *Hydropisie enkystée du péritoine*, *ascite enkystée*.

du péritoine. Cependant, avec de l'attention on ne peut guère s'y méprendre; à moins que la sérosité ne se trouve à la fois et dans un ou plusieurs kystes, et dans la cavité du péritoine; car alors il est à peu près impossible de prévoir qu'il existe une hydropisie enkystée, tous les signes de l'hydropisie non-enkystée étant réunis et masquant les symptômes particuliers au kyste.

1409. L'hydropisie enkystée intra ou extra-péritonéale diffère de l'hydropisie non enkystée de l'abdomen en ce qu'elle commence à se manifester, au moins pour l'ordinaire, par la tuméfaction d'un des côtés de l'abdomen, et non par la région sus-pubienne; l'abdomen augmente de volume, mais inégalement; et si déjà l'on sent de la fluctuation dans l'endroit le plus volumineux, on n'en distingue dans aucun autre point. Si l'on fait coucher le sujet sur un côté, puis sur l'autre, l'abdomen n'en conserve pas moins sa forme inégale, et le liquide ne se porte pas d'un côté à l'autre.

Ces signes différentiels cessent d'avoir lieu lorsque la maladie, fort ancienne, a fini par envahir tout l'abdomen; à cette époque il n'est plus guère possible de distinguer l'hydropisie enkystée de l'hydropisie non enkystée, si le sujet n'a point été, dès le début, observé avec soin par un homme instruit.

L'hydropisie enkystée du péritoine est d'ailleurs extrêmement lente dans sa marche; ses progrès sont long-temps insensibles; l'urine et la transpiration cutanée subissent moins de changement, la soif est moindre, et la respiration moins gênée que dans

l'hydropisie non enkystée. Encore une fois ce n'est que vers la fin, quand la maladie est arrivée au plus haut degré de développement, que l'on peut confondre ces deux hydropisies.

Mais s'il n'est pas très-difficile de les distinguer l'une de l'autre, en procédant avec beaucoup de méthode, il est bien rarement possible de distinguer l'hydropisie enkystée du péritoine de celle du foie, de l'ovaire, de la matrice, ou des reins, et de diverses autres tumeurs, avec ou sans fluctuation, de ces parties; car les kystes de ces organes s'annoncent par les mêmes signes locaux que ceux du péritoine; ils sont même beaucoup moins rares que ceux-ci. La situation de la tumeur et les troubles survenus dans telles ou telles fonctions peuvent seules jeter quelques lumières sur le diagnostic de ces différentes hydropisies enkystées.

1410. Rostan a observé, dans plusieurs cas d'hydropisie enkystée considérable, que l'abdomen, au lieu d'être ballonné et sonore à la percussion, dans sa partie la plus éminente et moyenne, présentait au contraire en cet endroit une fluctuation évidente, tandis que le ballonnement avait lieu sur les côtés, qui résonnaient quand on les percutait, le malade étant couché sur le dos (1). Cette remarque a été faite dans des cas d'hydropisie enkystée de l'ovaire, mais il en serait probablement de même dans l'hydropisie enkystée du péritoine.

1411. L'hydropisie enkystée du péritoine est

(1) *Médecine clinique*. Paris, 1826; tom. 1, pag. 492.

encore plus rarement susceptible de guérison que l'hydropisie non enkystée de cette membrane; à l'exception de quelques cas rares, de rupture spontanée du kyste suivie de guérison, on ne connaît guère d'exemple d'une heureuse terminaison de cette maladie; elle conduit au tombeau plus lentement, mais encore plus sûrement, que l'hydropisie non enkystée.

1412. Quand on pratique une ouverture dans un kyste séreux du péritoine, le liquide se montre ordinairement trouble, épais, d'une couleur foncée, brunâtre; ce liquide sort difficilement; la plus grande partie reste dans l'abdomen qui perd peu de son volume. Cela tient à ce que le kyste est divisé pour l'ordinaire en plusieurs loges qui ne communiquent point ensemble, ou dont la communication n'est point assez ample pour permettre au kyste de se vider entièrement.

1413. L'hydropisie enkystée du péritoine est peu connue, en raison de sa rareté, sous le point de vue de l'anatomie pathologique. Ce qu'on a dit des collections séreuses situées entre le péritoine et les muscles abdominaux antérieurs mérite confirmation. N'a-t-on pas pris le péritoine pour la paroi antérieure d'un kyste que l'on a cru voir au-dessous de cette membrane, tandis qu'il était situé en dedans, de telle sorte que la paroi postérieure du kyste simulait le péritoine?

Notez qu'aux époques où vivaient les observateurs qui ont rapporté des cas de ce genre, on ignorait que les fausses membranes pussent s'orga-

niser, et même quelques-uns connaissaient fort mal la portion du péritoine qui revêt les muscles de la paroi antérieure de l'abdomen.

N'a-t-on pas aussi pris pour des kystes situés hors du péritoine, des hydropisies enkystées de l'épiploon ou du mésentère, devenus tellement adhérens aux parties voisines que le siége réel de la collection séreuse n'a pu être exactement apprécié ?

Il est à remarquer que, selon Morgagni, l'hydropisie enkystée extra-péritonéale n'a guère été observée que chez des femmes, excepté peut-être dans un seul cas.

Mediavia rapporte les deux cas suivans d'hydropisie de cette espèce :

Une femme de moyen âge, d'une bonne coloration, avait le ventre volumineux; cette tuméfaction avait débuté par le côté gauche ; à sa mort on trouva sous les muscles transverses de l'abdomen une très-grande quantité d'eau, séparée de la cavité du ventre par le péritoine, et contenue dans deux grands kystes dont les parois fort épaisses ne s'affaissèrent point après être vidées.

Une femme, âgée de 40 ans, vit se développer à la partie supérieure de son ventre quelques tumeurs éparses, douloureuses au toucher et qui grossirent au point de former en se rapprochant, entre le cartilage xiphoïde et l'ombilic, une seule tumeur inégale et douloureuse au toucher, sans changement de couleur à la peau qui ne pouvait être soulevée ni pincée; la face était jaunâtre, le sujet se plaignait d'une grande gêne dans la respiration; des

vomissemens noirs et de la fréquence dans le pouls survinrent; cette femme mourut après dix ans de souffrances. On trouva une grande quantité d'eau fétide, semblable à de la lavure de chair et ayant la consistance du pus, en partie dans un kyste situé derrière les muscles transverses de l'abdomen, et en partie répandue dans le ventre à la faveur d'une érosion de la paroi postérieure du kyste. Les parois de celui-ci étaient formées d'une substance blanche mêlée de jaune, dure et résistante, celluleuse en quelques endroits, lisse dans sa face centrale, et faiblement adhérente à l'épiploon et au colon. Les intestins étaient comme enflammés.

J. P. Frank rapporte qu'une femme, âgée de cinquante ans, portant, depuis plusieurs années, une tumeur volumineuse qui occupait tout le bas-ventre, subit la ponction qui donna issue à soixante livres de sérosité visqueuse, et mourut peu après. La cavité qui avait contenue ce liquide était séparée de celle de l'abdomen par une membrane d'un demi pouce d'épaisseur que l'on considéra comme étant le péritoine. Les intestins étaient réduits à un très-petit volume et refoulés sous le foie.

Cet auteur pense que plusieurs cas de ce genre ont été amenés par l'inflammation du tissu cellulaire situé entre les muscles abdominaux et le péritoine.

§ V. Des hydatides du péritoine.

1414. L'*acéphalocyste* est la seule espèce d'hydatide que l'on ait trouvée, soit dans le péritoine

(*Maclay, Le Cat*), soit entre cette membrane et les muscles abdominaux (*Boudet, Brera*), soit entr'elle et le diaphragme (*Haller*) ou le foie.

1415. La présence d'une grande quantité d'acéphalocystes devant ou derrière le péritoine, doit donner lieu à des symptômes analogues à ceux qui ont été indiqués comme appartenant à l'hydropisie enkystée de cette membrane. Les cas de ce genre ont été trop peu nombreux, et les sujets qui les ont présentés n'ont pas été assez bien observés pendant leur vie, pour qu'on puisse en dire davantage sur le diagnostic de cette rare maladie.

§ VI. De la présence des gaz dans le péritoine (1).

1416. Des gaz s'accumulent parfois en quantité notable dans la cavité du péritoine. Ceci arrive, soit lorsque cette membrane est enflammée, soit lorsque le tube digestif vient à se perforer. L'accumulation de ces gaz est quelquefois considérable, alors le ventre acquiert subitement un volume notable, il devient élastique et sonore à la percussion, dans tous les points de sa paroi antérieure.

1417. Des gaz peuvent-ils, pendant la vie, se trouver dans la cavité du péritoine, avec la sérosité dont la présence constitue l'hydropisie de cette membrane? On l'a cru, sans doute parce que l'on avait remarqué le ballonnement et la sonoréité partiels de l'abdomen qui accompagnent souvent cette hydropisie,

(1) *Tympanite péritonéale.* — W. Trnka, *historia tympanitidis*; Vienne, 1788, in-8°.

et que l'on croyait pouvoir attribuer ces deux symptômes à la présence d'un gaz dans le péritoine; mais il semble plus naturel de les attribuer à ce que les intestins surnagent le liquide quand le sujet est couché sur le dos. Cependant, chez des sujets dont l'abdomen était, pendant la vie, rempli outre mesure de sérosité, on trouve, après la mort, cette partie vide de liquide et remplie de gaz que rien n'avait annoncé auparavant.

1418. Il se peut que des gaz s'accumulent parfois dans la cavité du péritoine pendant la vie, hors les cas de péritonite, d'hydro-péritoine, et de perforation du tube digestif, mais aucun fait n'établit positivement cette possibilité.

1419. Des tuméfactions de l'abdomen ayant été dissipées, après la ponction de cette cavité, sans qu'il en soit sorti autre chose que des gaz, ordinairement fétides, on a cru pouvoir en conclure que ces gaz existaient pendant la vie et qu'ils avaient seuls causé l'augmentation de volume de l'abdomen. Mais il arrive souvent qu'à l'ouverture des cadavres l'incision de la paroi antérieure de cette cavité donne lieu à la sortie de gaz en quantité notable, quoique l'abdomen ne fût ni tuméfié, ni élastique, ni sonore pendant la vie.

§ VII. De la présence du sang dans le péritoine (1).

1420. Le sang est versé dans la cavité du péritoine; 1° quand cette membrane est ouverte par un instrument vulnérant quelconque, ou quand elle se rompt ou se perfore par suite de toute autre cause, lorsqu'en même temps un vaisseau ou un viscère se trouve ouvert, et peut-être aussi lors même que le péritoine est seulement contus par un coup reçu ou une chûte sur l'abdomen; 2° quand cette membrane irritée ou enflammée vient à exhaler du sang.

1421. Dans le premier cas, le diagnostic n'est pas difficile à établir, si du sang coule abondamment au dehors, car on suppose naturellement qu'une certaine quantité de ce liquide demeure dans la cavité du péritoine; autrement on ne peut présumer l'hémorrhagie que d'après la pâleur extrême du visage, le refroidissement des extrémités, l'altération profonde des traits et la perte de connaissance qui se manifestent.

Pour le second cas, nous avons dit plus haut (1369) les signes qui peuvent faire présumer que du sang a été versé par la membrane jusque-là enflammée: signes qui mettent rarement à même de prononcer d'une manière affirmative.

1422. Dans un cas d'épanchement d'une très-grande quantité de sang dans le péritoine, par

(1) *Hémorrhagie du péritoine, épanchement sanguin dans le péritoine.*

suite d'une ample rupture de la rate, je n'ai trouvé aucune trace de péritonite, quoique le malade ne fût mort que trente-six heures après l'instant présumé de la rupture, qui donna lieu à une pâleur effrayante, à une chute prompte, et à la perte presque subite de connaissance. Une partie du sang était rassemblé en caillot près de la rate, et sur les intestins, au côté gauche de l'abdomen; le reste était liquide et diffus dans cette cavité (1).

1423. Est-il des cas où du sang peut être versé dans la cavité du péritoine sans que cette membrane ait été enflammée au préalable? On l'ignore.

§ VIII. Du passage des vers dans le péritoine.

1424. Quelquefois à l'ouverture des cadavres on trouve des vers dans la cavité du péritoine, mais cela n'arrive jamais que lorsque cette cavité communique avec celle du canal intestinal, au moyen d'une ou de plusieurs perforations. Ces vers sont toujours de la nature de ceux qui habitent la portion perforée du canal digestif. On leur attribue gratuitement la solution de continuité qui leur permet de passer dans la cavité péritonéale, et la mort est l'effet de la perforation encore plus que de leur passage dans cette cavité.

(1) *Journal universel des Sciences médicales*, N° 145.

§ IX. De la présence des matières bilieuses, purulentes, alimentaires, stercorales, urineuses, utérines et du fœtus dans le péritoine.

1425. Les symptômes des lésions du foie, de la vésicule biliaire, de l'estomac, des intestins, des voies urinaires, de la matrice, qui peuvent donner lieu à la rupture de ces viscères et au passage de leur contenu dans la cavité du péritoine, joints à ceux d'une péritonite aiguë qui se manifestent tout à coup, avec une grande violence, peuvent seuls faire soupçonner que la bile, les alimens, les excrémens, l'urine, le sang, le pus, les lochies, le fœtus sont passés des cavités qui les contenaient dans celle de l'abdomen.

§ X. De l'atonie du péritoine.

1426. On a beaucoup parlé de l'atonie du péritoine; on a même attribué pendant long-temps à cet état morbide la présence de la sérosité dans la cavité péritonéale. Ensuite on a reconnu que l'hydropisie du péritoine provenait parfois de l'inflammation de cette membrane, et que cette phlegmasie la compliquait assez souvent; enfin, lors même que l'on attribuait encore la présence de la sérosité dans le péritoine à l'atonie on s'aperçut qu'elle était due pour l'ordinaire à l'inflammation chronique, à l'altération de structure d'un viscère de l'abdomen, à une maladie du cœur ou des gros vaisseaux, à l'oblitération de la veine porte. Chaque jour, par conséquent, voit

diminuer le nombre des cas où il est permis d'admettre dans le péritoine une atonie dont les signes sont encore à trouver.

§ XI. Du fluide péritonéal dans l'état de maladie.

1427. La rosée, qui dans l'état de santé s'exhale à la surface libre du péritoine, subit des changemens dans l'état de maladie, ou plutôt elle est tantôt supprimée, tantôt plus copieuse, tantôt remplacée par une abondante sérosité ou par du sang, tantôt non-seulement par de la sérosité mais encore par des couches, des flocons ou des amas de matière pulpeuse, dans lesquelles l'analyse chimique a constaté la prédominance de l'albumine. Au lieu de sérosité limpide, blanchâtre, jaunâtre, citrine, verdâtre ou brunâtre, ou d'une matière caséiforme étendue en membrane ou rassemblée en grumeaux, on trouve parfois un liquide semblable à de la gélatine, c'est-à-dire ayant une certaine consistance, tremblotant et jaunâtre. Ce dernier liquide se trouve plutôt en dehors du péritoine, dans le tissu cellulaire qui le forme, que dans sa cavité.

Les signes de la présence de ces liquides, soit dans le péritoine, soit entre cette membrane et les muscles abdominaux antérieurs, sont ceux de l'hydropisie, des kystes, de la tympanite, et de l'hémorrhagie du péritoine, indiqués plus haut.

1428. Des liquides qui se forment dans la cavité du péritoine malade, les uns s'organisent en liens cellulaires qui font adhérer entr'eux les viscères ab-

dominaux; les autres se dissipent sans qu'on sache comment; d'autres enfin restent à l'état liquide dans la cavité péritonéale et se renouvellent, pour l'ordinaire, à mesure qu'on leur procure une issue à travers la paroi antérieure de l'abdomen.

ARTICLE II.

Traitement des maladies du péritoine.

1429. Les moyens préservatifs des maladies du péritoine ont trop peu occupé les pathologistes. Il n'est pas douteux, par exemple, que l'usage des corsets qui emboîtent l'abdomen ne contribue pour beaucoup à les déterminer chez les femmes. Les ceintures dont quelques hommes font usage pour diminuer le volume de leur ventre ne sont pas moins dangereuses sous ce rapport.

1430. Le traitement des maladies du péritoine semble devoir présenter peu de difficulté, parce que le diagnostic paraît en être facile dans beaucoup de cas, cependant on les méconnaît souvent, alors même qu'elles sont aiguës et fort intenses, quand elles compliquent d'autres maladies, et lorsqu'elles sont chroniques, on est exposé à en méconnaître la nature qui se trouve masquée par les phénomènes très-apparens de quelques affections secondaires. Enfin, on ne peut agir directement sur le siége du mal, et, si c'est un avantage quand le traitement est mal dirigé, c'est un grand inconvénient quand celui-ci est rationnel.

1431. Il est pourtant un moyen qui exerce son ac-

tion non loin du péritoine, c'est l'application des sangsues et des cataplasmes, mais il s'en faut de beaucoup que la portion antérieure de cette membrane soit toujours affectée.

1432. On doit dans toute maladie du péritoine éviter d'exercer aucune pression sur l'abdomen, aucune constriction autour de cette cavité. Il faut recommander d'éviter tout mouvement susceptible d'exiger quelque forte contraction des muscles des parois abdominales ou thoraciques et du diaphragme.

Traitement de l'inflammation du péritoine.

1433. L'inflammation du péritoine exige les mêmes moyens que ceux qu'on emploie dans les autres phlegmasies, mais elle est une preuve frappante de la nécessité d'avoir égard au siége et non pas seulement à la nature des maladies.

Traitement de l'inflammation aiguë du péritoine.

1434. La saignée est indiquée dans la plupart des péritonites aiguës, même chez des sujets peu sanguins en apparence, car il s'agit de faire cesser, le plus promptement possible, l'afflux du sang vers une partie dont l'inflammation est ordinairement mortelle, lorsqu'on ne l'arrête pas presque subitement dans ses progrès. Si le sujet est très-sanguin, la saignée doit être très-copieuse; d'une livre à une livre et demie. Si cette opération ne produit pas toujours le bien qu'on en attend, c'est lorsqu'on

ne tire que peu de sang. On doit d'autant plus agir avec énergie qu'après la saignée générale il faut nécessairement en venir à la saignée locale, ce qui ne permet guère de recourir à la première.

1435. Aussitôt après avoir fait une saignée proportionnée à l'intensité des symptômes, des sangsues doivent être appliquées en grand nombre sur l'abdomen. Après leur chute, si l'on n'a point obtenu le soulagement desiré, il faut non-seulement entretenir l'écoulement du sang, mais encore appliquer de nouvelles sangsues, et établir ainsi un écoulement sanguin presque permanent, à la surface de l'abdomen.

1436. Le nombre des sangsues doit être de 30 à 40 ou 50; il faut toujours craindre de n'en point mettre assez, au moins pour la première application, et les réappliquer ensuite par 20 ou 24.

Il faut sans doute avoir égard aux circonstances qui peuvent contr'indiquer l'évacuation d'une grande quantité de sang, mais il faut aussi se persuader que la mort est le résultat de toute péritonite étendue et intense que l'on n'arrête pas dans ses progrès.

Les cas où les émissions sanguines réussissent le moins sont ceux où la péritonite aiguë vient s'ajouter à la péritonite chronique. Ces cas sont presque nécessairement mortels.

1437. Des fomentations mucilagineuses tièdes sont doublement indiquées, pour favoriser le saignement des piqûres et à titre d'émolliens.

1438. A l'intérieur, il suffit de remédier à la soif,

si le sujet en manifeste, par des boissons aqueuses, acidulées ou simplement sucrées, tièdes ou fraîches, selon son goût.

1439. Lorsqu'à l'aide de ces moyens on a obtenu une amélioration marquée, si le sujet se trouve d'ailleurs très-faible, disposé à perdre connaissance, il faut ne pas craindre de le laisser dans cet état, se borner à lui réchauffer les pieds et les mains, à lui faire respirer des odeurs pénétrantes, jusqu'à ce que la circulation se ranime, alors il est avantageux d'appliquer à la plante des pieds, des cataplasmes chauds composés de graine de moutarde en poudre et de farine de graine de lin à parties égales. On continue en même-temps les fomentations émollientes sur l'abdomen, et l'on administre des boissons chaudes légèrement aromatisées.

1440. Après avoir appliqué des sangsues à l'abdomen, il est avantageux d'en poser aux grandes lèvres, si la péritonite est liée à une irritation de l'utérus, à un retard ou à une suppression des règles ou des lochies; on doit au contraire les mettre à l'anus, si le sujet est hémorrhoïdaire.

1441. La constipation ne doit pas être combattue par des lavemens, aussi long-temps que les douleurs, se font sentir, car ces moyens augmenteraient les souffrances du malade; lorsque la douleur a cessé on peut prescrire, non des lavemens entiers, mais des demi ou même seulement des quarts de lavemens préparés avec les décoctions mucilagineuses.

1442. Quand, non-seulement la douleur mais la sensibilité et le ballonnement de l'abdomen ont

cessé, il peut être utile de prescrire un laxatif huileux, sucré ou même salin, si le sujet est peu irritable. Le petit-lait suffit dans le plus grand nombre des cas.

1443. Vouloir employer les drastiques comme moyen curatif dans l'inflammation du péritoine, c'est méconnaître la nécessité où se trouve tout organe enflammé de rester en repos, sous peine de subir un plus haut degré d'irritation. Broussais a fort bien démontré que la constipation provient, dans la péritonite, de l'état douloureux de la membrane enflammée.

1444. Broussais a parfaitement établi que si les vomitifs recommandés par Doublet et Doulcet peuvent être quelquefois utiles, dans le traitement de la péritonite, ils sont bien plus souvent nuisibles. Ce point de pratique est aujourd'hui généralement reconnu. Il suffit d'ailleurs d'avoir vomi pour savoir combien sont vives les douleurs qu'excitent les contractions convulsives des muscles des parois abdominales.

1445. On a préconisé tout récemment les frictions mercurielles, dans le traitement de la péritonite aiguë; si cette application d'un moyen que l'on veut rendre à la fois banal et spécifique, était seulement fondée sur une théorie absurde, il faudrait encore l'introduire dans la pratique, si elle était efficace; mais elle ne peut qu'être nuisible, car à coup sûr la présence du mercure, passé à travers la peau, dans le tissu cellulaire voisin du péritoine enflammé, ne peut guère agir autrement qu'il ne le fait quand

on l'introduit en l'injectant dans les veines, or les expériences de Cruveilhier ont prouvé qu'une vive inflammation est le résultat de cette injection (1).

1446. La plus grande tranquilité d'esprit et le calme de l'âme sont d'une haute utilité dans le traitement de l'inflammation du péritoine, car chaque jour on voit les circonstances opposées déterminer tout à coup cette phlegmasie.

1447. Jusqu'ici nous avons supposé que la péritonite aiguë était simple, quoique très-intense; lorsqu'elle est compliquée de l'inflammation d'un viscère de l'abdomen ou de la poitrine, en un mot, de toute autre partie, il en résulte la maladie la plus redoutable dont on puisse être affecté, et qui ne se termine guère que par la mort. C'est alors que l'on voit se manifester tout à coup ces prostrations profondes qui font croire à l'anéantissement total de la puissance de vie. Prodiguer les stimulans en pareil cas, c'est à peine nuire, car il est un degré de maladie où le plus mauvais traitement n'ajoute rien au danger.

1448. La péritonite aiguë, douloureuse, exige tout ce que nous venons d'indiquer pour être guérie, quand elle peut l'être. C'est en quelque sorte celle dont on obtient le moins rarement la guérison, parce que la vivacité de la douleur attire l'attention du praticien et le décide à un traitement énergique. Mais on n'a pas tout fait quand le malade cesse de se plaindre, parce qu'il commence à moins souffrir.

(1) *Bibl. méd.*

Lors même que conservant toutes ses facultés intellectuelles il dit ne plus souffrir, il faut palper le ventre avec soin, et pour peu qu'il y reste de la sensibilité, que l'abdomen soit dur, ballonné, on ne doit point regarder le sujet comme guéri, et il faut continuer les émissions sanguines locales et les fomentations émollientes. Les bains tièdes généraux sont alors indiqués; plus tôt, il eut été difficile de maintenir le sujet dans une baignoire.

1449. Dans la péritonite aiguë, peu douloureuse, on est exposé à méconnaître l'intensité de l'inflammation, à la combattre faiblement; pour éviter cette grave erreur de pratique, il ne faut pas craindre de mettre beaucoup d'activité dans le traitement, dès que l'on a lieu de soupçonner que le péritoine est enflammé.

1450. Cette erreur, contre laquelle nous voudrions mettre en garde les praticiens, est encore plus facile à commettre quand la péritonite est sans douleur. Cette nuance de l'inflammation du péritoine est celle qui fait le plus de victimes, parmi les femmes nouvellement accouchées, chez lesquelles la peau est pâle et le tissu cellulaire abondant.

1451. Il est presque inutile de dire que la diète la plus rigoureuse est indispensable dans le traitement de toute péritonite aiguë.

Traitement de l'inflammation hémorrhagique du péritoine.

1452. Si l'on pouvait, à des signes certains, reconnaître assez à temps l'inflammation hémorrhagi-

que du péritoine, ce serait le cas, plutôt que dans tout autre, de saigner largement le sujet, en lui ouvrant une veine du bras. Ensuite il faudrait insister sur l'application des émolliens et peut-être du froid sur l'abdomen et des rubéfians aux extrémités.

Traitement de l'inflammation intermittente du péritoine.

1453. Appelé près d'un malade chez lequel les symptômes et leur marche annonceraient une phlegmasie intermittente du péritoine, le médecin devrait appliquer un grand nombre de sangsues sur l'abdomen durant la chaleur de l'accès, puis prescrire le quinquina dans l'intervalle suivant, et, si cela ne suffisait pas, jusque dans le moment du frisson, afin de changer la direction de l'afflux. On n'aurait guère à craindre que le quinquina exaspérât l'état du sujet, si d'ailleurs l'estomac n'était point enflammé, puisque ce médicament ne serait point mis en contact avec l'organe lésé.

Traitement de l'inflammation chronique du péritoine.

1454. S'il s'agit d'une péritonite aiguë passée récemment à l'état chronique et qui conserve encore quelque chose de son premier caractère, il faut agir de manière à calmer la douleur et enlever le reste d'irritation aiguë qui persiste. En conséquence on fera des applications successives d'un petit nombre de sangsues, sur les points où la douleur se fait le plus sentir; on placera des cataplasmes sur ces

parties; des bains tièdes seront prescrits. Les alimens seront doux, légers, tirés du règne végétal, et en petite quantité.

1455. Si la péritonite chronique est sans douleur, ou du moins très-rarement douloureuse, on doit moins compter sur les émissions sanguines que dans le cas précédent, cependant il n'y a point d'inconvéniens à y recourir, mais avec plus de réserve que lorsque la douleur est habituelle ou souvent intense.

Broussais conseille de stimuler énergiquement la peau par les vésicatoires répétés, les frictions, les bains irritans, surtout des extrémités, et de recourir au moxa appliqué sur les parois de l'abdomen; de mettre en usage les médicamens qui peuvent solliciter la sueur et l'urine, mais d'en abandonner l'usage s'ils ne sont point promptement efficaces, si le sujet s'affaiblit, si des signes de gastrite se manifestent.

1456. Lorsque le développement de l'abdomen et la constipation ou l'hydropisie font seuls présumer la péritonite chronique, Broussais voudrait qu'on insistât sur les frictions avec la teinture de scille ou de cantharides, le repos absolu, les boissons froides, nitrées, les alimens nourrissans, mais nullement stimulans.

1457. La constipation, ce phénomène presque inséparable de la péritonite chronique jusqu'au moment où la colite vient compliquer l'inflammation du péritoine, la constipation est un des symptômes qui tourmentent le plus les malades. Ils demandent

à tout prix à en être débarrassés. Il faut pour y remédier, prescrire un régime doux, des laxatifs huileux ou salins, ou le protochlorure de mercure.

1458. Il n'est guère possible d'employer les bains de vapeur dans la péritonite aiguë, mais rien n'est plus facile dans la péritonite chronique, et ce moyen paraît devoir être utile, quoique l'on ne lui doive jusqu'ici aucune guérison radicale.

1459. Il est remarquable qu'une phlegmasie chronique, telle que celle du péritoine, dont le siége est parfois si près de la peau, soit si rarement susceptible de guérison. Cela prouve à quel point les inflammations chroniques se jouent des faibles moyens que l'art leur oppose. Mais il faut dire aussi que la péritonite n'est pas toujours aussi rapprochée de la peau qu'on le suppose. Souvent l'inflammation s'éteint dans la portion du péritoine qui revêt la paroi antérieure de l'abdomen, mais elle persiste dans les portions de cette membrane qui enveloppent les viscères, et l'on n'a plus guère alors les avantages de la proximité. Au reste le chef-d'œuvre de l'art, dit Broussais, est ici, comme dans les maladies les plus aiguës, de donner à la nature le temps d'agir; mais il faut être ferme dans ses principes et constant dans l'adoption du plan qu'on a adopté; on le sera si l'on parvient à se persuader que toute phlegmasie chronique tend à s'éteindre tant que la partie n'est pas désorganisée, et que le plus souvent la désorganisation n'a lieu que parce qu'on a trop souvent ranimé cette irritation.

Traitement de l'inflammation partielle du péritoine.

1460. Le traitement qui a été indiqué contre la péritonite en général, convient également lorsque l'inflammation est bornée à la portion du péritoine qui revêt la paroi antérieure de l'abdomen, ou du moins affecte principalement cette portion. Il n'y aurait aucune modification à faire à ce traitement si la phlegmasie occupait uniquement le grand épiploon ou le mésentère. Si l'on soupçonnait que la partie du péritoine qui revêt le diaphragme fût principalement enflammée, les sangsues devraient être appliquées le long du bord inférieur des fausses côtes. Il faut les placer à droite ou à gauche, selon que l'on soupçonne l'inflammation de la partie du péritoine qui revêt le foie ou la rate. Mais lorsque l'on suppose que le tissu cellulaire qui enveloppe le psoas, celui dans lequel le rein est plongé, ou enfin celui du petit bassin, est le plus fortement en proie à l'inflammation, il faut saigner plus largement encore que dans toute autre péritonite, et appliquer des sangsues aux aines, aux lombes, au périnée.

1461. Si le péritoine était identique dans tous les points de son étendue, il serait peu important de chercher à distinguer s'il est enflammé dans une partie plutôt que dans une autre. Mais là où le tissu cellulaire abdominal est appliqué en couche mince et serrée sur les viscères, les sangsues doivent être préférées, et il faut les appliquer à l'endroit où la douleur se fait sentir; tandis que si l'inflamma-

tion réside dans la portion épaisse de tissu cellulaire lâche au milieu duquel d'autres organes sont plongés, la saignée est préférable, car la suppuration est à craindre.

1462. Lorsqu'une tumeur purulente, sans rougeur à la peau, vient se prononcer à la paroi antérieure de l'abdomen, à l'aine, aux lombes, ou en tout autre endroit de la partie inférieure du tronc, quelque puisse être la source du pus, il faut prescrire l'application de cataplasmes mucilagineux chauds, remplir d'ailleurs les indications que présente l'état des viscères, et n'en venir à l'ouverture de la tumeur que lorsqu'elle est près de s'ouvrir elle-même, ce qu'annoncent la rougeur livide de la peau, son amincissement visible, le plus haut degré de la fluctuation et surtout la blancheur du centre de la tumeur. Cette ouverture doit être faite avec un trois-quarts, et si la tumeur n'est point de nature à ce que ses parois puissent être mises complètement en contact les unes avec les autres, il ne faut pas la comprimer de manière à la vider entièrement, mais se contenter de la quantité de pus qui sort naturellement par la plaie. Dans les cas les plus heureux, l'évacuation se fait journellement, à mesure que les parois de la tumeur reviennent sur elles-mêmes, et parfois on obtient la guérison.

Des indications relatives à l'action des poisons sur le péritoine.

1463. Comme il n'y a point d'exemple de l'intro-

duction de poisons dans le péritoine chez l'homme, il n'y a point lieu de chercher quelles indications il faudrait remplir en pareil cas.

1464. Lorsque l'action des poisons introduits dans les voies digestives s'étend jusqu'au péritoine et en détermine l'inflammation, il faut insister sur l'application des sangsues et des topiques émolliens à l'abdomen.

Traitement de l'hydropisie du péritoine.

1465. Lorsque la sérosité s'amasse en quantité notable dans la cavité péritonéale, on est dans l'usage de chercher, soit à la faire passer dans les voies circulatoires, soit à lui ouvrir une issue directe à l'extérieur. Pour satisfaire à la première de ces indications on conseille : l'abstinence des boissons, la diète, l'usage des vomitifs, des purgatifs, des diurétiques, des sudorifiques, celui des moyens propres à exciter la salivation, enfin les amers. Pour remplir la seconde, lorsqu'on n'a pas réussi par les moyens qui viennent d'être indiqués, on perfore, à l'aide d'un trois-quarts, la paroi antérieure de l'abdomen, et l'on vide ainsi la cavité du péritoine.

1466. S'il ne s'agissait, pour guérir l'hydropisie du péritoine, que d'extraire la sérosité contenue dans cette membrane, la ponction mériterait la préférence. Mais après cette opération, si souvent pratiquée, on voit le plus ordinairement l'abdomen se tuméfier de nouveau, et la fluctuation reparaître : le liquide commence souvent à se renouveler dès

le jour même de la ponction; le soulagement qui avait suivi l'écoulement de la sérosité cesse à mesure que les symptômes primitifs et secondaires de la présence du liquide se manifestent de nouveau ou reprennent leur première intensité.

1467. L'abstinence des boissons est d'autant plus insupportable pour la plupart des malades, qu'ils sont ordinairement tourmentés d'une soif que rien ne peut étancher. Mead, Panarola, Banyer, ont vu néanmoins l'hydropisie du péritoine guérir par ce moyen. Quand le sujet ne peut supporter la soif, il faut recourir à tous les moyens propres à la calmer, sans introduire beaucoup de liquide dans les voies digestives; tels sont l'eau à la glace, la glace sucrée, l'eau froide acidulée, les tranches d'orange, les fruits rouges.

1468. L'abstinence des alimens, plus facile à supporter que celle des boissons, fait quelquefois manifestement diminuer de beaucoup la quantité de sérosité contenue dans le péritoine: c'est un fait dont nous avons été plusieurs fois témoin; mais elle procure très-rarement la disparition complète du liquide.

1469. Les vomitifs, répétés à haute doses, ont guéri plusieurs fois l'hydropisie du péritoine : ces moyens ont l'inconvénient de nuire beaucoup à l'estomac; en les prodiguant, on court le risque de déterminer une gastrite, chez un sujet déjà affecté d'une grave maladie.

1470. Les purgatifs et surtout les drastiques, ont guéri des hydropisies du péritoine, qui paraissaient

sans espoir, mais plus souvent ils ajoutent les symptômes de la gastrite et de l'entérite à ceux de l'hydropisie; alors ils compromettent les jours du malade, et souvent ils le font périr avant l'époque où il devait succomber : tout le charlatanisme de Bacher n'a pu voiler cette vérité. Si parfois on entend vanter les heureux effets des drastiques dans l'hydropisie du péritoine, il ne faut pas s'en étonner, car la hardiesse coupable des empiriques obtient à l'aide de ces moyens des guérisons, au moins momentanées, que la conscience du médecin ne lui permet pas de chercher par l'abus de pareils agens. Le praticien probe met en usage les purgatifs doux, rarement les drastiques, même à faible dose, mais il choisit avec une scrupuleuse attention les cas où ces moyens sont sans danger.

1471. Des hydropiques ayant vu disparaître le gonflement de leur ventre, à la suite d'un flux abondant de sueur ou d'urine, on a voulu imiter ces guérisons inespérées, et l'on a quelquefois obtenu la guérison de maladies, semblables par l'usage des sudorifiques et des diurétiques; les cas dans lesquels ces moyens ont été efficaces sont très-peu nombreux en comparaison de ceux dans lesquels on les a vainement employés. Souvent ils irritent les voies digestives, sans provoquer le rétablissement de la transpiration et sans accroître la secrétion urinaire.

1472. Les amers et les autres excitans administrés à l'intérieur, déterminent parfois la diminution de la collection séreuse du péritoine; le sujet recouvre alors une coloration approchant de celle de la santé,

l'appétit se rétablit, l'urine devient moins rare, la peau est moins sèche; mais ces moyens provoquent souvent des nausées, le dégoût, augmentent la soif, sans que le sujet éprouve aucun avantage qui compense ces inconvéniens.

1473. L'inéfficacité fréquente des toniques et des évacuans a fait chercher dans le mercure le moyen de provoquer la disparition de la sérosité accumulée dans le péritoine. On a donné le protochlorure de mercure, à petites doses, à l'intérieur, et l'on a fait des frictions mercurielles sur les parois de l'abdomen, soit pour exciter la salivation, soit pour provoquer, dit-on, la résorption du liquide. Déjà l'on avait imaginé de frictionner l'abdomen avec diverses substances purgatives ou diurétiques, et des succès avaient couronné cette tentative. Il serait aisé de rapporter quelques faits qui tendent à prouver que ces moyens, comme ceux dont nous avons déjà parlé, sont parfois efficaces, mais la pratique des médecins qui les ont préconisés démontre que leur puissance est limitée à un petit nombre de cas; en outre, l'introduction du mercure dans l'organisme malade est dangereuse, si l'on a égard aux accidens qui se développent chez les sujets qui en abusent et à ceux qui ont été observés sur les animaux soumis à l'action de ce métal.

1474. Que penser en définitive de tous les moyens auxquels on a eu recours pour faire disparaître la sérosité accumulée dans le péritoine, sans avoir égard à la condition organique de laquelle dépend cette hydropisie?

Tous ces moyens ont été quelquefois employés avec succès, souvent ils n'ont produit qu'un soulagement peu durable, plus souvent ils ont échoué, plus souvent encore ils ont nui; en conséquence, un praticien consciencieux et éclairé ne doit point renoncer à en faire usage, mais il doit peu compter sur leur puissance, et il ne doit les employer que dans les cas peu nombreux où ils ne peuvent nuire. En agissant ainsi, il ne guérira pas quelques sujets qu'un charlatan, habitué à tout risquer pour obtenir une cure inespérée, aurait peut-être guéris, mais il en guérira plusieurs qu'un charlatan aurait tués, et il n'aura point à se reprocher d'avoir abrégé les jours des malades qu'un traitement méthodique n'empêchera pas de succomber.

1475. Il ne faut pas oublier que les évacuans ne sont guère utiles dans l'hydropisie du péritoine que lorsqu'on les administre à hautes doses, fréquemment répétées, ce qui fait qu'on peut rarement les employer sans danger dans cette maladie.

1476. On n'a pas seulement eu recours à la soif, à la faim, aux évacuans, aux excitans et à la ponction, pour obtenir la guérison de l'hydropisie; la saignée, le régime lacté, les boissons rafraîchissantes, l'eau pure ou minérale donnée à grandes doses, ont aussi procuré un certain nombre de guérisons; mais la saignée a passé généralement pour aggraver cette maladie, quoiqu'elle ait été quelquefois aussi suivie de la guérison. Ce qu'on ignore c'est la proportion des succès et des traitemens infructueux ou nuisibles.

C'est un défaut général, dit Cullen, de tous ceux qui ont écrit sur la médecine pratique de nous rapporter les cas où certains médicamens ont été très-efficaces et de négliger de nous dire dans combien d'autres cas ces mêmes médicamens n'ont eu aucun succès.

1477. Ainsi, les excitans et les débilitans, l'abstinence et l'abus des mêmes choses, guérissent quelquefois les hydropiques; il est certain que les médicamens irritans ajoutent très-souvent de graves maladies à l'hydropisie ou bien aggravent celle qui la détermine; l'opinion la plus répandue, est que les moyens affaiblissans augmentent encore plus souvent la collection séreuse, précipitent la chute des forces et la mort du sujet. Le praticien se trouve donc entouré d'écueils à peu près également dangereux. Quel guide les lui fera éviter? La connaissance approfondie de la nature et du siége des altérations organiques dont l'hydropisie du péritoine est *le plus souvent* l'effet, et l'attention de ne jamais risquer de hâter la mort du sujet, même avec la louable intention de le guérir.

1478. Bosquillon divisait les hydropisies en trois espèces, relativement au pronostic : les unes, qu'il considérait comme absolument incurables, sont celles qui dépendent des maladies du cœur et des gros vaisseaux, des dégénérescences du foie, de la rate, du mésentère, ou de l'oblitération de la veine cave; les autres, dont la guérison était douteuse suivant lui, sont celles qu'on attribue à l'atonie, qui succèdent aux hémorrhagies excessives; d'autres enfin,

lui paraissaient suceptibles de guérison, ce sont celles qui surviennent après la suppression de l'urine, de la transpiration cutanée ou des maladies de la peau. On voit qu'il réduisait à un bien petit nombre les hydropisies dont on peut espérer la guérison.

1479. La meilleure marche à suivre pour prévenir l'hydropisie du péritoine et pour la guérir, quand cela est encore possible, me paraît être celle-ci.

Il faut d'abord traiter avec méthode et énergie toutes les phlegmasies du péritoine et des viscères de l'abdomen, puisque ce sont elles qui entraînent le plus souvent à leur suite l'hydropisie de cette membrane. Le traitement rationnel de l'inflammation aiguë du péritoine peut faire éviter, dans la plupart des cas, un épanchement abondant et durable dans la cavité abdominale. On parvient plus difficilement à prévenir celui qui est l'effet de la péritonite chronique ou de l'inflammation chronique du foie, de la rate, des intestins, en un mot des viscères, mais du moins, y parvient-on quelquefois et doit-on le tenter toujours.

Quand l'hydropisie du péritoine coexiste évidemment avec une phlegmasie chronique de cette membrane il faut se conduire comme s'il n'existait point d'épanchement considérable dans l'abdomen et n'avoir égard qu'à la péritonite ; on doit seulement être réservé dans le nombre des sangsues et la fréquence de leur application ; les mettre à l'anus plutôt que sur la paroi abdominale ; ne point faire d'applications émollientes sur le ventre, mais le fric-

tionner avec une flanelle imbibée d'huile; prescrire une diète sévère et l'usage des boissons adoucissantes et acidulées. Quand par les moyens appropriés on a obtenu quelqu'amendement dans les symptômes de la phlegmasie, si l'épanchement est assez abondant pour que la ponction puisse être faite, il faut la pratiquer sans tarder davantage, puis insister sur l'abstinence.

Lorsque l'hydropisie du péritoine paraît être indépendante d'une phlegmasie de cette membrane, si elle est due à l'inflammation chronique d'un viscère de l'abdomen, il faut remplir, autant que faire se peut, les indications que celle-ci présente, et employer les moyens qui viennent d'être indiqués. Il en est de même quand l'hydropisie est due à la lésion du cœur ou des gros vaisseaux.

Lorsque la condition organique d'où provient l'hydropisie du péritoine est connue, il faut donc y avoir égard, avant de s'occuper de la collection séreuse; quelquefois en satisfaisant seulement aux indications que présente l'altération du péritoine ou du viscère qui occasione l'hydropisie, on obtient la guérison de celle-ci, sans recourir à d'autres moyens : du moins on rend plus probable l'efficacité des révulsifs destinés à faire disparaître l'épanchement.

Après avoir travaillé à faire cesser ou diminuer la cause organique de l'hydropisie du péritoine, si celle-ci ne se résout point, il est permis d'en venir aux excitans de la peau, des reins, des intestins, de l'estomac, de solliciter la transpiration,

l'urine, les déjections, et même le vomissement.

Pour remplir ces indications, il faut avoir le soin de ne point recourir à des moyens internes, quand les voies digestives sont enflammées ou même seulement très-sensibles; il faut renoncer aux vomitifs et aux purgatifs, et appliquer les sudorifiques et les diurétiques sur la peau; à moins qu'on ne se réduise, pour sudorifiques, aux boissons aqueuses chaudes, légèrement aromatisées, et, pour diurétiques, aux boissons aqueuses froides, légèrement salines; de même il faut renoncer à tout autre diurétique que l'eau froide si le rein paraît être affecté.

Les applications chaudes et excitantes sur la peau, les vapeurs qui stimulent ce tissu, sont indiquées dans tous les cas d'hydropisie de l'abdomen, lors même que le péritoine est primitivement affecté, après l'emploi des moyens propres à faire cesser l'inflammation de cette membrane.

Il arrive quelquefois que l'on obtient la disparition de l'épanchement séreux, sans que la maladie dont il était l'effet guérisse; c'est un demi-succès qu'on doit chercher à obtenir, pourvu que ce ne soit point par des moyens susceptibles d'aggraver le mal primitif.

Lorsque l'hydropisie du péritoine n'est accompagnée d'aucun symptôme et n'a été précédée d'aucun signe qui puisse faire soupçonner qu'elle dépende d'une phlegmasie interne, il est convenable d'en venir de suite aux révulsifs internes et externes et de les employer avec énergie, autant du moins que l'état des voies digestives le permet. Quand celles-

ci sont intactes ou peu sensibles, c'est alors qu'on obtient ces rares succès qui ont fait la vogue de tant de moyens, sans puissance dans un bien plus grand nombre de cas.

Lorsque l'hydropisie dépend des maladies du cœur ou des gros vaisseaux, les évacuans peuvent encore procurer des succès au moins momentanés; mais il faut bien se garder alors des vomitifs; les sudorifiques sont nuisibles ; on ne peut avoir recours qu'aux purgatifs salins et aux diurétiques les moins irritans.

1480. Lorsque malgré un traitement rationnel, convenablement varié dans ses détails, on ne parvient point à guérir l'hydropisie du péritoine, il ne reste plus qu'à pratiquer la ponction, chaque fois que la collection séreuse est devenue tellement considérable que la gêne des organes respiratoires et abdominaux devient insupportable. On ne saurait limiter le nombre des ponctions qui peuvent être faites; plusieurs malades en ont supporté des milliers ; mais il n'est pas rare qu'après plusieurs ponctions, il ne survienne une inflammation aiguë du péritoine, toujours promptement mortelle, ce qui doit engager à ne pas trop rapprocher ces opérations et à attendre pour les répéter qu'elles soient devenues indispensables.

Du traitement des kystes séreux du péritoine.

1481. Le plus souvent on prend pour une hydropisie générale du péritoine les kystes formés à la surface ou au-devant de cette membrane, et l'on agit en

conséquence; alors, si l'on pratique la ponction, on s'apperçoit que le liquide ne sort pas en totalité, la tuméfaction du ventre diminue autour de la ponction, mais elle demeure telle qu'elle était dans le reste de l'abdomen. S'il ne résultait pas d'autre inconvénient de cette opération que l'inutilité des efforts pour évacuer complètement le liquide, elle pourrait être conseillée, ne fût-ce que comme moyen de diagnostic; mais dans la presque totalité des cas, la mort du sujet suit de près l'ouverture du kyste : on doit donc s'abstenir de toute tentative opératoire pour vider la tumeur.

1482. Si la ponction est toujours dangereuse, le plus souvent mortelle dans le cas de kystes séreux du péritoine, les moyens internes employés quelquefois avec succès dans l'hydropisie générale de cette membrane, échouent presque constamment lorsqu'on les met en usage pour obtenir la guérison de ces kystes.

1483. Le fâcheux résultat de la ponction doit éloigner toute idée de recourir à l'introduction d'un irritant quelconque dans l'intérieur des kystes du péritoine, tentée pour en procurer l'adhérence et l'obstruction.

1484. Lors même qu'on parvient à reconnaître l'existence d'un kyste séreux du péritoine, avant qu'il n'ait envahi tout l'abdomen, il n'y a rien de spécial à faire pour le guérir; seulement si des douleurs s'y font sentir, on en obtient la diminution et quelquefois la cessation, au moins momentanée, par l'application des sangsues; après ce moyen il peut

être avantageux de chercher à provoquer une abondante secrétion de l'urine ou de la sueur, ou des déjections copieuses.

Traitement des hydatides du péritoine.

1485. Prises pour une hydropisie générale, ou pour de simples kystes séreux du péritoine, les hydatides de cette membrane sont soumises aux moyens de traitement employés contre ces affections, peut-être offrent-elles plus de chances de guérison que les kystes séreux.

Des indications relatives à la présence des gaz dans le péritoine.

1486. Lorsque les gaz surabondans enfermés dans le péritoine dépendent de l'état inflammatoire de cette membrane, nulle autre indication ne s'offre que celles qui sont relatives à l'inflammation; il n'y a rien à attendre des moyens qu'on serait tenté de mettre en usage pour provoquer l'astriction du péritoine, car la possibilité de produire cette astriction est un problème à résoudre.

1487. Lorsque la présence des gaz dans le péritoine semble indépendante de l'inflammation, on est naturellement tenté d'appliquer le froid, des alcooliques, des rubéfians, sur l'abdomen, afin de déterminer un resserrement dans sa paroi antérieure et la résorption du fluide; quelques faits tendent à faire croire que la ponction peut être utile. Mais

qui oserait perforer la paroi antérieure de l'abdomen et le péritoine avec la seule intention de donner issue à un gaz contenu dans la cavité de celui-ci? Cet état est d'ailleurs si rare, si peu connu, qu'il serait téméraire de donner des conseils sur la conduite à tenir quand il se présente : on ne doit pas oublier qu'il est fort douteux que des gaz résident jamais en grande quantité dans la cavité du péritoine, sans que celui-ci contienne en même temps au moins une petite quantité de sérosité; dès-lors le traitement rentre dans celui de l'hydropisie du péritoine.

Des indications relatives à la présence du sang dans la cavité du péritoine.

1488. Quand du sang est épanché dans la cavité du péritoine, lors même qu'on en est assuré, il n'en résulte aucune indication spéciale; si cet épanchement a lieu en même temps qu'une plaie à la paroi antérieure de l'abdomen, il faut seulement autant que possible placer le sujet dans une situation favorable à la sortie du liquide.

Des indications relatives à la présence de diverses matières dans le péritoine.

1489. La présence des alimens, des boissons, de la bile, du pus, des matières fécales, de l'urine, des liquides utérins dans la cavité du péritoine, ne peut devenir le sujet d'aucune indication spéciale. Ce-

pendant lorsque des matières irritantes sont versées dans la cavité péritonéale, on se demande s'il n'y aurait pas moyen d'en provoquer l'expulsion. Cette expulsion est abandonnée à la nature, quand la substance épanchée s'est introduite dans la cavité abdominale sans plaie à l'extérieur. Il en est de même lorsque le corps étranger a été introduit à la faveur d'une plaie, ou lorsque versée dans le péritoine, par suite de la perforation d'un viscère, il existe en outre une plaie aux parois de l'abdomen. On n'a, en effet, aucun moyen, même dans ce dernier cas, pour extraire la matière en contact avec le péritoine. Si la paroi abdominale est ouverte, on doit seulement recommander au sujet de se coucher sur le côté de l'ouverture. On est réduit à combattre l'inflammation du péritoine, sans pouvoir enlever la cause qui l'a fait naître, qui l'entretient et qui, pour l'ordinaire, la rend mortelle par sa persistance.

1490. Lorsque le fœtus est passé dans la cavité péritonéale par suite d'une rupture de l'utérus, il faut l'en extraire au plus tôt en ouvrant l'abdomen, car il ne peut y rester sans périr, ni sans faire périr la mère, lorsque celle-ci n'a point déjà succombé à l'instant de son passage.

Traitement de l'atonie du péritoine.

1491. L'hydropisie du péritoine a souvent été attribuée à l'atonie de cette membrane, devenue, disait-on, incapable de résorber la sérosité épanchée, et c'est par suite de cette théorie que les amers, les

toniques, les excitans étaient prodigués, car il était naturel de penser qu'en stimulant fortement divers points de l'organisme, il en résulterait un surcroît d'action dans le péritoine. Cette atonie étant dans le fait un problème dificile à résoudre, et l'état organique qui donne lieu à la présence de la sérosité dans la cavité péritonéale n'étant guère connu que par ses rapports avec l'inflammation, on ne peut parler que spéculativement du traitement de cette maladie plutôt supposée que constatée; si cette atonie n'était pas une hypothèse qui se réalise rarement, l'application des toniques sur l'abdomen et leur introduction dans le tube intestinal, se montreraient plus souvent efficaces contre l'hydropisie du péritoine, et il suffirait, dans beaucoup de cas, d'introduire un liquide ou un gaz irritant dans la cavité de cette membrane pour en faire cesser l'atonie.

Des indications relatives aux fluides et aux liquides du péritoine.

1492. Ce que nous avons dit des moyens à mettre en usage quand la vapeur du péritoine s'accumule, se résout en sérosité, dans la cavité du péritoine, se trouve remplacée par un liquide sanguinolent ou par du sang, nous dispense de revenir sur ce point; les indications sont d'ailleurs toutes relatives aux organes; on ne pense plus aujourd'hui aux moyens de procurer l'épaississement ou l'atténuation de la lymphe.

LIVRE SECOND.

DES MADADIES DES ORGANES DE LA RESPIRATION.

1493. Les organes de la respiration ont été plus promptement connus sous le rapport pathologique que ceux de la digestion, sans doute parce que leurs maladies aiguës sont généralement plus douloureuses que les affections de ces derniers, et aussi parce qu'elles ont pour siége les organes d'une fonction dont les variations sont senties et reconnues à l'instant. Les organes respiratoires sont d'ailleurs soumis à un moindre nombre d'excitans directs, ce qui permet d'en apprécier plus aisément les effets salutaires ou nuisibles; mais ils ressentent vivement les impressions exercées sur la peau, aussi leurs maladies sont-elles dues le plus fréquemment à des modifications de la surface du corps. Quant aux maladies chroniques des organes de la respiration, elles reconnaissent la même origine que les maladies aiguës de ces organes, mais le diagnostic en est plus difficile que celui de ces dernières, aussi la connaissance approfondie qu'on en a aujourd'hui est-elle une des dernières conquêtes de l'observation.

1494. A l'exemple de Buisson, nous comprenons

les cavités nasales dans l'appareil respiratoire. Nos motifs, pour faire ce rapprochement dans l'ordre pathologique, sont ceux qui avaient déterminé cet ingénieux auteur à l'établir pour la physiologie. Il est vrai que l'air traverse aussi la bouche, et qu'à ce titre elle peut être considérée comme organe respiratoire; mais la bouche est fermée à l'air dans la majeure partie de l'existence chez la plupart des hommes, tandis que les cavités nasales sont sans cesse béantes, de telle sorte que relativement à la respiration la bouche n'est que leur succédanée.

1495. L'ordre organique entraîne, à la vérité, quelques irrégularités, quelques double-emplois, quand on l'applique à la pathologie, mais il n'en est pas autrement pour la physiologie; encore, sous le premier point de vue, y a-t-il moins d'inconvénient, car les maladies proprement dites ne sont point isolées de leur siége, quelques phénomènes seulement se trouvent déplacés, lorsqu'il s'agit d'organes qui remplissent plusieurs fonctions.

CHAPITRE PREMIER.

DES MALADIES DU NEZ, DES FOSSES NASALES ET DES SINUS FRONTAUX ET MAXILLAIRES (1).

1496. Les cavités nasales sont constamment sou-

(1) Deschamps, *Dissertation sur les fosses nasales*; Paris, 1804; in-8°.—H. Cloquet, *Osphrésiologie*, Paris, 1821, in-8°.

mises à l'action de l'air et des substances auxquelles il sert de véhicule; la chaleur et le froid, la sécheresse et l'humidité affectent la membrane muqueuse qui les tapisse; la poussière, le tabac, les gaz, les vapeurs diverses agissent sur elle, mais non sans interruption. La membrane nasale devient rarement malade par suite d'une impression exercée sur elle-même; c'est presque toujours à l'occasion de la suppression des fonctions de la peau ou des bronches, de l'estomac ou des organes sexuels. Souvent on ne sait quelle cause assigner à ses maladies. Elles sont rarement héréditaires, et plus rarement encore épidémiques, si toutefois on excepte la plus fréquente de toutes les maladies aiguës.

1497. Les maladies des cavités nasales nuisent généralement peu à l'olfaction, du moins elles sont plus désagréables sous le rapport de l'obstacle qu'elles apportent à la respiration, que sous celui de la diminution ou de l'abolition de l'odorat.

ARTICLE PREMIER.

DES MALADIES DU NEZ.

1498. Le nez participe aux maladies de la peau et à celles des membranes muqueuses, en raison de sa structure et de ses rapports; nous ferons ici mention de ce que les maladies de ses tégumens offrent de spécial, et nous renvoyons pour le reste au chapitre des Maladies de la peau.

§ Ier. De l'inflammation des tégumens du nez.

1499. L'insolation, le contact du vinaigre, de l'ammoniaque, des acides, des caustiques, du mucus ou du pus fournis par la membrane enflammée de l'urètre ou du vagin, ou par un ulcère, les corps incandescens, les frottemens, un coup d'ongle, les contusions, les plaies, l'arrachement des poils, l'irritation des organes digestifs, l'abus du vin, des alkooliques, déterminent, chez quelques sujets, notamment chez les enfans lymphatiques et chez les vieillards, la rougeur des tégumens du nez, qui deviennent luisans, chauds, plus sensibles que de coutume, et se tuméfient légèrement; le sujet y ressent une chaleur brûlante, tensive, et de la sécheresse; parfois l'épiderme est soulevé par une sérosité limpide ou roussâtre.

Cette inflammation ne dure pas ordinairement au-delà de quelques jours, et se termine par la diminution successive des symptômes et la desquammation de l'épiderme.

1500. Quelquefois l'inflammation se propage aux cryptes de la peau, et se localisant ainsi davantage, elle dure plus long-temps. Elle se propage d'autres fois au tissu cellulaire sous-cutané; la rougeur devient plus foncée, le gonflement plus considérable, la douleur est très-vive, il s'y joint des élancemens pénibles. Il n'en résulte pas toujours de la suppuration; l'inflammation cesse

quelquefois dans le tissu cellulaire, puis s'évanouit bientôt à la peau; mais il arrive aussi que la tuméfaction augmente beaucoup sur un seul point qui s'élève en cône, de la fluctuation s'y fait sentir, l'inflammation des tégumens redouble en cet endroit, ils se ramollissent, s'ouvrent, du pus s'écoule, le foyer s'affaisse, et en peu de jours la cicatrisation a lieu. D'autres fois, au lieu de pus, c'est un bourbillon qui paraît et qui persiste jusqu'à ce qu'il soit expulsé par le pus développé au-dessous et autour de lui. Quelquefois le pus va faire saillie sous la membrane muqueuse du nez, mais alors celle-ci a participé à l'inflammation, ou même cet état a commencé par elle sous l'influence d'une fracture.

La membrane muqueuse, enflammée et soulevée par le pus, peut aussi former, dans l'une ou l'autre narine, un corps rougeâtre, mobile de haut en bas, enduit de mucus; dans ce cas, l'odorat n'a plus lieu, du pus bien caractérisé coule des narines, et lorsqu'il est écoulé en suffisante quantité, la membrane n'étant plus poussée en bas, reprend sa place: il importe de ne pas prendre cet état pour un polype.

1501. L'inflammation des tégumens du nez est très-souvent périodique; quelquefois elle reparaît chaque jour après le dîner, et cesse en peu d'instans. Chez les jeunes gens on la voit revenir chaque automne, et surtout dans les temps pluvieux. En pareil cas, elle dure huit, quinze jours, un mois et plus, mais avec des rémissions notables, surtout quand la douleur est tensive. Chez les jeunes filles,

elle revient quelquefois chaque mois, peu avant ou après les règles.

Cette phlegmasie s'étend rarement au tissu cellulaire, quand elle est ainsi périodique; souvent elle s'étend alors aux cryptes de la peau du nez; on sent sous les tégumens, ou plutôt en eux, un globule dans lequel la plus légère pression détermine une douleur instantanée, d'une vivacité inexprimable, aussitôt suivie de larmoiement et d'un redoublement du sentiment de chaleur et de tension.

Cette phlegmasie périodique, toujours très-rebelle, se manifeste principalement avant ou depuis la seconde dentition, jusqu'à l'âge de quinze à dix-huit ans; plus tard elle reparaît, mais de loin en loin, et quelquefois en automne seulement.

1502. La simple rougeur du nez avec tuméfaction, sans chaleur ni douleur, a souvent lieu chez les adultes habituellement exposés à l'action des rayons du soleil, ou adonnés aux boissons spiritueuses; plus souvent encore chez ceux en qui se réunissent ces deux causes. Cette rougeur est habituelle et devient parfois l'origine d'un gonflement indolent, quelquefois monstrueux, du nez, ou donne lieu au développement de diverses productions, parmi lesquelles il en est de très-fâcheuses, soit enfin à ces deux résultats successivement.

1503. L'inflammation circonscrite et chronique des tégumens du nez détermine la formation de granulations, d'écailles, de croûtes, de pustules blanches à leur sommet ou ponctuées de noir, de tubercules, de loupes; enfin à des ulcères qui peu-

vent s'étendre avec rapidité en largeur, puis en profondeur, détruire les tégumens, perforer les ailes du nez, les ronger, mettre à découvert l'orifice antérieur des fosses nasales, et se propager jusqu'aux parois de ces cavités.

§ II. De la congélation du nez.

1504. Lorsque le nez est exposé à un froid excessif, ses tégumens, surtout chez les sujets dont la circulation est lente, deviennent pâles, froids, durs, insensibles, violets. Si la température de l'air s'élève, la circulation se ranime, la peau rougit, sa chaleur se rétablit, il survient un sentiment de fourmillement incommode, l'organe perd sa rénitence; pour peu que la partie éprouve de nouveau un froid intense, puis se réchauffe, et subisse plusieurs fois cette alternative, la peau se gerce, se crevasse, s'ulcère, surtout chez les enfans et les femmes lymphatiques. Dans des cas plus graves, elle devient pourpre, les démangeaisons sont brûlantes, une douleur pulsative se fait sentir, l'organe acquiert un volume énorme, des phlyctènes remplies de sérosité rousse se développent à sa surface; la partie se refroidit, devient insensible, des escarres noires, sèches, se manifestent, la gangrène a lieu; une ligne de suppuration sépare le mort du vif et la partie gangrenée est éliminée. Si elle ne comprend que la superficie de l'organe, après la chute des escarres, il reste des ulcères irréguliers, peu profonds, blafards, grisâtres ou bruns,

et très-douloureux. Si c'est l'extrémité même de l'organe qui se détache, l'ulcère qui en résulte est moins douloureux. Les ulcères du nez se cicatrisent toujours avec lenteur.

§ III. De l'inflammation de la membrane muqueuse nasale (1).

1505. L'impression de l'air froid et humide, de l'eau froide, sur la peau, notamment au crâne, à la nuque et à la plante des pieds, surtout quand ces parties sont en sueur, principalement le soir et pendant la nuit; l'action des vapeurs irritantes, du vinaigre, de l'ammoniaque, du chlore, du tabac, de la poussière; le frottement exercé par le doigt souvent porté dans les narines; l'arrachement des concrétions muqueuses qui s'y forment; la présence d'un corps étranger; le contact de la matière sécrétée par les parties sexuelles enflammées : telles sont les causes les plus connues de cette phlegmasie. On l'observe aussi dans la rougeole, la variole, la miliaire; elle suit quelquefois de très-près la naissance, et se montre aussi pendant le travail de la dentition. Elle précède et accompagne fréquemment la bronchite; elle succède aux inflammations subitement interrompues de la conjonctive, de l'oreille interne, de la membrane muqueuse sexuelle, à la suppres-

(1) *Coryza. Rhume. Rhinite muqueuse.*—C. V. Schneider, *De osse crebriformi*; Wittemberg, 1655; in-12. — Rayer, *Note sur le coryza des enfans nouveaux-nés*, Paris 1820, in-8°.

sion des hémorrhagies périodiques, à la disparition des douleurs articulaires.

1506. Quelques sujets irritables ou lymphatiques se montrent, dès leur enfance, éminemment disposés à contracter cette inflammation, et l'éprouvent, dans tout le cours de leur vie, presque chaque année, vers l'automne et même en été, sous l'influence du plus léger refroidissement. Les enfans, les femmes, les vieillards, les personnes sur lesquelles le froid fait une impression très-pénible, qui se couvrent beaucoup, surtout la tête, en sont le plus souvent affectés. Chez les vieillards, elle est souvent permanente jusqu'à la mort, mais elle est alors peu intense, et c'est plutôt une infirmité qu'une maladie.

1507. Cette phlegmasie règne souvent sur un grand nombre de personnes en même temps, dans les contrées dont le sol est très-bas, et les grandes villes situées au bord des rivières ou sur un terrein humide. On l'observe au printemps, en hiver, dans l'été, quand il y a de la sécheresse, et lorsque le vent du nord-est souffle pendant quelque temps. En automne, quand il y a en même temps de la pluie et des vents du midi, ou lorsqu'à la sécheresse se joint le vent du nord-est; dans toutes les saisons enfin, quand la température passe promptement du sec et du chaud à l'humidité et au froid. Elle affecte quelquefois un si grand nombre de personnes dans une même contrée, que souvent on l'a regardée comme contagieuse, sans autre preuve plus décisive.

1508. L'inflammation de la membrane muqueuse nasale se borne quelquefois à une légère rougeur de cette membrane, avec un sentiment de démangeaison et de sécheresse dans les narines (1); au bout de quelques jours, un léger écoulement muqueux s'établit, dure peu, et tout rentre dans l'ordre. Cet état peut se renouveler souvent, se prolonger indéfiniment, causer un sentiment de malaise très-pénible dans le nez, et enfin passer à l'état chronique.

1509. Le plus ordinairement, au lieu d'une irritation sèche, passagère ou chronique, le tissu malade devient rouge, le sujet éprouve un sentiment de pesanteur, d'embarras, d'obstruction, de démangeaison, de picotement, et de la sécheresse dans le nez; quelques heures après, la membrane commence à sécréter abondamment un liquide chaud, filant, limpide, incolore, salé, qui, par instans, coule goutte à goutte des narines; le bord de celles-ci devient rouge et douloureux, la membrane nasale se tuméfie; une douleur obtuse se fait sentir à la racine du nez et derrière le voile du palais; l'odorat diminue ou se perd, la voix devient nasillarde (2); des bouffées de chaleur se portent au visage; la respiration n'a plus lieu qu'imparfaitement par les narines, la bouche est forcée de demeurer ouverte, le sujet ne peut boire sans s'interrompre pour reprendre haleine; s'il est à la mamelle, il essaie

(1) *Coryza sec.*

(2) *Enchifrenement.*

en vain de têter, il saisit le mamelon avec avidité, et le lâche presqu'aussitôt, ne pouvant plus respirer, tandis qu'il boit aisément avec la cuillère.

1510. A la suite de l'inspiration par le nez d'une grande masse de chlore, Chaussier a vu une sérosité limpide et visqueuse s'écouler par le nez, et, quelques heures après, une couche opaque, blanchâtre, membraniforme, se montrer à la surface interne des narines. L'effet fut le même sur la conjonctive, le pharynx, et probablement aussi sur le larynx et la trachée. Cette couche membraniforme se détacha par lambeaux en peu de jours.

1511. L'inflammation de la membrane nasale est ordinairement précédée et accompagnée de frissons, de larmoiement et d'éternuemens répétés. Une fois établie, l'irritation se propage souvent à la conjonctive, au sac, aux conduits et aux points lacrymaux, parfois à l'arrière-bouche, aux sinus maxillaires, à la trompe d'Eustache, à l'oreille interne, et presque toujours aux sinus frontaux et aux bronches; elle est le plus souvent partagée par l'estomac. Si la maladie est intense, le pouls est large et accéléré, surtout le soir; la peau d'abord sèche devient chaude et moite; on éprouve un sentiment de fatigue et de faiblesse dans les membres et le tronc; quelquefois de la pesanteur de tête, de l'embarras dans la pensée et de la somnolence. Les convulsions surviennent parfois aussi chez les enfans. Tous ces symptômes sont plus intenses le soir; ils le sont moins le matin, instant où le sujet éprouve un sentiment de

sécheresse et d'âpreté dans la gorge, pour avoir dormi la bouche ouverte.

Au bout de quelques jours, la démangeaison, et la sécrétion du mucus nasal diminuent, cette matière s'épaissit, devient douceâtre, opaque, blanche, jaunâtre ou verdâtre, la rougeur disparaît, la membrane s'affaisse, l'odorat se rétablit, la voix reprend sa clarté, la respiration a lieu par les narines comme auparavant. Parfois il reste encore de l'enchifrenement pendant quelque temps.

1512. Dans certains cas, l'inflammation devient chronique, l'odorat continue à ne plus s'exercer ou demeure presque nul, la sécrétion diminue, son produit devient très-consistant, plus difficile à extraire, ou se convertit en une croûte qu'on détache avec peine; d'autres fois elle cesse tout-à-fait; le sentiment d'embarras des narines continue, la membrane demeure tuméfiée, la voix reste nasillarde, la respiration est toujours difficile par le nez; parfois une douleur fixe, sourde ou lancinante, se fait sentir à la racine de cet organe.

1513. Il arrive fréquemment, chez les enfans, que le mucus, incessamment sécrété, s'épaissit chaque jour, forme des concrétions dans les narines et à l'entrée de ces cavités, dont le bord s'excorie, s'ulcère. Ce mal ne cesse qu'à l'époque de la puberté. Chez les adultes, il en résulte quelquefois des ulcères ou des excroissances.

1514. L'inflammation dont il s'agit est quelquefois intermittente. On l'a vue revenir chaque soir, pendant plusieurs jours ou même plusieurs semai-

nes, dans les temps favorables à son développement, et sans qu'on en observât le moindre symptôme avant le coucher du soleil.

1515. Cette inflammation n'est grave que lorsqu'elle passe à l'état chronique, et détermine des ulcères, des polypes, ou lorsqu'elle se propage aux voies lacrymales.

§ IV. Des ulcères de la membrane muqueuse nasale.

1516. Ces ulcères se manifestent le plus ordinairement sur la partie antérieure de la cloison nasale, ou du moins ce n'est que lorsqu'il soccupent ce siége qu'on peut les reconnaître. Quoiqu'ils puissent être l'effet de toute inflammation intense et prolongée de la membrane nasale, ils sont le plus souvent produits par celle qui accompagne ou suit la variole, qui succède à l'extirpation d'un polype, qui accompagne ou suit les inflammations chroniques pustuleuses, crustacées, squammeuses et autres de la peau. Il y a toujours un intervalle de temps bien marqué entre le développement de la rougeur et l'ulcération. Celle-ci s'annonce par une démangeaison désagréable, qui oblige à porter sans cesse le doigt dans les narines; des croûtes plus ou moins sèches, jaunes ou noirâtres, se forment, et sont incessamment détachées; le sang coule chaque fois qu'on les arrache; la surface de l'ulcère est granuleuse et plus rouge que le reste de la membrane. Dans ce cas, il n'y a point d'odeur désagréable pour le malade, ni pour les personnes qui l'environnent.

1517. De vives douleurs, l'inflammation de la membrane nasale; la sécrétion d'une matière muqueuse ou puriforme, jaunâtre, qui se concrète, et forme des croûtes épaisses et difficiles à détacher; l'obstruction des narines par la présence de ces croûtes et l'épaississement de la membrane; l'écoulement d'un liquide trouble et fétide, quelquefois mêlé de sang; la teinte noirâtre de cette matière et la chûte de portions d'os qui sortent avec le pus; l'affaissement du nez que ne soutiennent plus le vomer et la lame moyenne de l'éthmoïde détruits; l'affaiblissement ou la perte de l'odorat; le son nasillard de la voix, l'embarras de la prononciation; enfin, quand le mal est accessible à la vue, le gonflement de la partie visible de la membrane nasale, un ulcère couvert d'une couche blanche ou brune, après la chute de laquelle on voit une surface rouge qui se couvre bientôt d'une nouvelle couche : tels sont les phénomènes qu'on observe successivement chez les personnes affectées d'ulcération de cette membrane, quand le mal arrive à un haut degré d'intensité. L'ulcère est tantôt lent, tantôt d'une rapidité effrayante dans ses progrès en largeur et en profondeur; souvent il finit par détruire les ailes et la cloison du nez; quelquefois même il étend ses ravages aux parties environnantes; parfois ses bords s'élèvent, s'endurcissent, puis se renversent, et le liquide qu'il fournit exhale une odeur horrible (1).

(1) *Cancer du nez.*

1518. Quand une odeur désagréable, fétide, ambrée, analogue à celle de la punaise ou de la bergamotte s'exhale par le nez(1), incommode le sujet et les assistans, lors même qu'il ne se manifeste aucun autre symptôme, on suppose, sans pouvoir dire pourquoi, qu'il existe un ulcère à la membrane muqueuse de la paroi supérieure des fosses nasales avec altération de la partie osseuse. L'ouverture des cadavres n'a pas encore prouvé qu'il y eût réellement ulcère dans les cas de ce genre. On remarque cette infirmité principalement chez les sujets qui ont ce qu'on appelle le nez écrasé, c'est-à-dire fortement déprimé à sa racine.

§ V. Des polypes de la membrane muqueuse nasale.

1519. Ils se développent par suite des causes irritantes qui agissent habituellement sur cette membrane, et souvent après des phénomènes long-temps continués d'inflammation chronique sans écoulement; leur fréquence assez remarquable chez les enfans, fait présumer que leur développement peut être l'effet d'une disposition inhérente à la structure du tissu au sein duquel ils prennent naissance. Il ne faut pas confondre avec ces productions morbides, l'espèce de tumeur visible que forme quelquefois dans les narines la membrane nasale, boursoufflée par une inflammation quelquefois aiguë, plus souvent chronique, surtout chez

(1) *Ozène. Punaisie.*

les sujets lymphatiques qui habitent les contrées humides.

1520. Un sentiment de gêne dans les fosses nasales, l'enchifrenement, la difficulté de respirer lorsque la bouche est fermée, la diminution de l'odorat, les progrès continus de ces phénomènes qui arrivent au plus haut degré d'intensité, l'apparition d'un corps insolite, soit dans l'une ou l'autre ou les deux narines, et le larmoiement causé par la compression du canal lacrymal, soit, ce qui a lieu le plus souvent, derrière le voile du palais abaissé et porté en avant, et la diminution de l'ouïe par la compression de la trompe d'Eustache, le caractère nasal ou guttural de la voix et de la prononciation, la gêne de la déglutition et de la respiration, l'imminence de la suffocation: tels sont les signes du développement et de la manifestation des polypes des fosses nasales en général.

1521. On désigne sous ce nom des excroissances dont chacune naît toujours d'un seul pédicule, et qui s'élèvent d'un ou de plusieurs points de la membrane muqueuse de ces cavités ou de la membrane fibreuse sous-jacente, croissent toujours lentement, remplissent la cavité qui les recèle, se moulent sur elle, ensuite se subdivisent, pénètrent dans les cavités voisines, et finissent par venir se montrer dans les narines, ou se dirigent sous forme globuleuse par l'orifice postérieur des fosses nasales dans l'arrière-bouche.

Quand ces excroissances sont à la portée de la vue et du doigt ou des instrumens, on les trouve,

dans certains cas, mous et friables ou élastiques, dans d'autres durs, et friables ou résistans.

Les premiers, appelés *muqueux* ou *vésiculaires*, sont blancs-grisâtres, jaunâtres, lisses; les uns sont friables et se liquéfient en partie par la pression; les autres sont élastiques, et résistent aux efforts que l'on fait pour les déchirer; les uns et les autres sont intérieurement pénétrés de sérosité; on n'y voit aucun vaisseau sanguin; ils ne saignent point quand on les touche, ni même quand on les coupe, si ce n'est quand on incise leur pédicule, encore ne s'écoule-t-il alors que peu de sang; ils ne sont le siége d'aucune douleur, la compression n'en est pas pénible. Ils croissent lentement, se moulent sur les parois de la cavité qui les recèle, s'échappent par son ouverture, et se portent, en se subdivisant, dans les cavités voisines. Quand ils se dirigent hors des fosses nasales, ils soulèvent et grossissent la partie supérieure du nez, déplacent la cloison, et se montrent au fond des narines sous forme d'un corps arrondi à son extrémité, déprimé transversalement, mobile, qui se porte en avant et en bas dans l'expiration, en haut et en arrière dans l'inspiration, augmente de volume quand l'air est humide, et cause alors plus de gêne. Ils sont en général supportables, mais quand on les détruit, ils se reproduisent souvent: toutefois il ne faut pas prendre pour une reproduction, l'apparition et le développement d'un polype situé derrière celui qu'on avait détruit.

Parmi les seconds, les uns, appelés *sarcomateux*,

sont rougeâtres, livides, lisses ou raboteux, faciles à déchirer, renferment un nombre considérable de vaisseaux sanguins, saignent au moindre contact et même sans qu'on y touche; des saignemens de nez, des douleurs au front et à la racine du nez, précèdent quelquefois leur formation; des douleurs se font sentir dans leur intérieur et autour d'eux; l'éternuement, la toux, l'action de se moucher, déterminent un sentiment désagréable ou même douloureux dans les narines et au front; ils deviennent souvent le siége d'ulcères; des douleurs lancinantes s'y font sentir fréquemment, et alors ils laissent suinter un liquide trouble et fétide. En vain on cherche à les détruire, ils repullulent presque toujours et finissent par faire périr le sujet.

Les autres, appelés *fibreux,* sont d'un blanc terne ou jaunâtre; ils sont incompressibles et plus durs que les précédens; leur consistance varie depuis celle du lard jusqu'à celle du cartilage; intérieurement ils ont de la ressemblance, soit avec le lard, soit avec le tissu fibreux; ils ne renferment point de vaisseaux sanguins, et ne saignent point; la douleur ne s'y développe que lorsqu'en raison de leur volume ils se trouvent fortement comprimés; ils acquièrent souvent un très-grand volume, et de de tous les polypes ce sont ceux qui se portent le plus fréquemment hors des fosses nasales en arrière vers le pharynx; quelquefois même ils s'élèvent de la paroi supérieure de cet organe ou de ses environs. Ils deviennent plus rarement que les précédens le siége de douleurs lancinantes, à moins qu'on

ne les irrite. On peut les détruire, mais quand ils remplissent les fosses nasales, lorsque leur base est large, et quand ils sont très-volumineux, on parvient rarement à les retrancher sans qu'ils se reproduisent avec de vives douleurs lancinantes, et ils finissent par faire périr plus promptement les sujets.

1522. Il arrive, dans des cas très-rares, que les polypes se flétrissent, que leur pédicule se rompt, et qu'ils tombent par le nez ou dans l'arrière-bouche. Il est trop commun de les voir déterminer la mort des sujets par la dégénérescence qu'ils subissent, et par l'inflammation qu'ils déterminent, dans les parties qui avoisinent les fosses nasales et successivement dans les viscères.

§ VI. De l'irritation secrétoire de la membrane muqueuse

1523. On assure avoir observé des cas de sécrétion subite et extraordinairement abondante de mucus nasal, limpide et filant, sans aucun signe d'inflammation, et que la prolongation de cet excès d'évacuation a produit un amaigrissement marqué. On dit qu'à la suite d'accès de convulsions, des femmes ont rendu des flocons de mucosités par les narines.

Les faits qui sortent de l'ordre habituel de la nature, ne doivent pas être admis légèrement; il faut encore moins en déduire des règles générales, et s'en servir pour combattre des faits qui se renouvellent chaque jour.

§ VII. De l'hémorrhagie de la membrane muqueuse nasale (1).

1524. Les chutes, les contusions sur le nez, le front ou le crâne; les écorchures de la membrane nasale, faites par les ongles incessamment portés dans les narines, par l'arrachement des poils, des croûtes muqueuses ou des polypes; la piqûre de cette membrane par une sangsue, les plaies; l'action des vapeurs irritantes, de la fumée, celle du tabac, de l'ammoniaque; la présence d'un corps étranger, d'un insecte, d'un ver, et l'inflammation du tissu lui-même : telles sont les causes susceptibles d'occasioner l'hémorrhagie nasale. Elle peut aussi être déterminée par des veilles fréquentes, des études opiniâtres, une forte préoccupation; des émotions de colère, de honte, de pudeur, de crainte; par l'insolation, le voisinage d'un feu ardent, l'impression du froid, l'électricité galvanique, certaines odeurs, telles que celle des pommes ou des roses; par un bruit violent tel que celui des cloches et plus encore de l'artillerie; la compression qu'exerce une tumeur sur une des veines jugulaires, ou une pression circulaire autour du cou, celle qu'exerce sur la poitrine un corset trop serré; l'émonction, l'éternuement répétés; la toux prolongée, les cris, les sanglots, le rire, le jeu des instrumens à vent, le

(1) *Epistaxis. Hémorrhagie nasale. Rhinorrhagie. Saignement de nez.*

chant, la déclamation; de grands efforts pour soulever, frapper ou atteindre, pour accoucher ou pour aller à la garde-robe; une course rapide, des exercices violens, surtout après un long repos, ou bien un repos habituel après une vie très-agitée; les excès de table, la replétion de l'estomac, l'abus des liqueurs alcooliques, du quinquina, et des médicamens stimulans.

On observe principalement cette hémorrhagie durant les grandes chaleurs, surtout quand elles ont succédé promptement à un froid prolongé; dans les appartemens peu vastes et fortement chauffés; notamment chez les jeunes sujets du sexe masculin, vigoureux, irascibles, d'un esprit vif et d'une belle carnation, et plus encore aux approches de la puberté.

Il n'est pas d'hémorrhagie dont la suppression ou le retard ne puissent être suivis de l'apparition de celle des fosses nasales : c'est ce qu'on observe surtout pour les hémorrhoïdes et les menstrues. La suppression de la transpiration chez les sujets disposés à l'hémorrhagie nasale la détermine souvent; quelquefois elle paraît favorisée par une disposition héréditaire.

Elle précède ou accompagne souvent les congestions, les phlegmasies aiguës des méninges, des bronches, des poumons, des voies digestives, du foie, de la rate, de la peau; plus souvent elle se montre vers leur déclin; elle a lieu fréquemment pendant les convulsions, durant le cours des maladies chroniques du poumon, du foie et de la rate,

du cœur, de l'aorte, des veines jugulaires ou sous-clavières, à la suite de la ligature d'un vaisseau d'un certain calibre, dans l'hydropisie du péritoine, et chez les femmes enceintes, enfin chez les scrofuleux, les sujets qui ont des vers, et chez les scorbutiques.

1525. L'hémorrhagie nasale se manifeste souvent tout à coup par un chatouillement et l'apparition de quelques gouttes de sang à l'ouverture des narines; le plus ordinairement elle est annoncée par une pesanteur de tête qui cesse dès l'écoulement des premières gouttes de sang; dans certains cas, elle est précédée non-seulement par un sentiment de pesanteur douloureux à la tête, mais encore par le vertige, la somnolence, l'engourdissement, ou le délire; par la vue d'objets rouges imaginaires dans le sommeil et même pendant la veille; par l'obscurcissement de la vue, l'éclat et la rougeur des yeux, le larmoiement, les tintemens, les bourdonnemens d'oreille, la dureté de l'ouïe, les battemens des artères temporales et carotides sentis par le sujet et vus des assistans, enfin par un frisson vif et court.

Le sujet éprouve un sentiment de plénitude, d'embarras, de tension, de pulsation, de sécheresse, de chaleur, de démangeaison dans les narines; on observe la rougeur et le gonflement de la face vers laquelle il sent monter des bouffées de chaleur, quelquefois du côté seulement où l'hémorrhagie va avoir lieu; le pouls est plein, ondulant, redoublé, sautillant; le ventre est resserré, l'urine peu abon-

dante, la peau sèche, les mains et les pieds froids; la région précordiale est parfois douloureuse, il y a de l'anxiété, et des pulsations se font quelquefois sentir dans le bas-ventre.

Dans cet état, la plus légère cause, un effort, un cri, une émotion suffit pour déterminer l'hémorrhagie nasale : le plus souvent on porte involontairement le doigt dans la narine comme pour la déboucher, et faire cesser le sentiment d'embarras qu'on éprouvait, et le sang coule aussitôt. Il coule ordinairement goutte à goutte, quelquefois par un jet continu; le plus souvent tantôt d'une manière, tantôt de l'autre; le plus ordinairement il sort d'une seule narine qui est quelquefois celle du même côté que le viscère enflammé; rarement il coule des deux narines à la fois. Si le sujet porte la tête en arrière, le sang, au lieu de sortir par le nez, passe dans l'arrière-bouche, y fait éprouver un sentiment de chatouillement et de chaleur qui oblige à cracher; le sang contenu dans les crachats y est pour ainsi dire interposé ou accollé, il n'est point écumeux. Quand le sang coule durant le sommeil, il passe souvent jusque dans l'estomac, et produit le vomissement sanguin. Il peut aussi passer dans les bronches et causer la suffocation, sans que rien l'annonce, quand le sujet est dans le délire ou la stupeur. Quelquefois il coule à la fois par le nez et par l'orifice postérieur des fosses nasales, et quand il est très-abondant, il sort en même temps par la bouche.

Tantôt l'écoulement ne dure qu'un instant et se borne à quelques gouttes, tantôt il dure un quart-d'heure, une demi-heure, une ou plusieurs heures, et peut aller jusqu'à fournir plusieurs onces et même une ou plusieurs livres de sang. Quelquefois il dure, presque sans interruption, pendant plusieurs jours. Le sang est d'un rouge vif, et se coagule à mesure qu'il coule; il est ordinairement sensiblement chaud, quelquefois il paraît plus ou moins épais, et, dit-on, moins chaud que dans l'état normal. Souvent il forme sur la lèvre supérieure, à l'orifice de la narine d'où il coule, un caillot rouge et consistant, à la chute duquel l'écoulement redouble, ou recommence avec plus d'abondance s'il avait cessé.

1526. On reconnaît que le sang qui coule du nez vient des fosses nasales, à ce que ce liquide continue à couler quand la tête est dans la rectitude naturelle. Quand le sang passe dans l'arrière-bouche et est ensuite craché, on reconnaît qu'il vient des fosses nasales à ce qu'une chaleur ou une démangeaison préalable ne s'est point fait sentir dans la gorge, dans le larynx, derrière le sternum, ni à l'épigastre; il n'y a ni toux ni vomissement.

1527. Quel est l'état de la membrane muqueuse nasale à l'instant où le sang ruisselle à sa surface? on l'ignore. Haller a vu le sang suinter de la surface de cette membrane. J'ai vu la portion de cette membrane qui revêt les narines devenir plus rouge que de coutume, ou prendre une teinte orangée. En pareil cas, J. P. Frank dit y avoir trouvé des va-

rices à la suite d'hémorrhagies souvent répétées.

1528. Il est rare que l'hémorragie nasale soit assez abondante pour devenir dangereuse; en général elle s'arrête précisément à l'instant où elle commence à devenir inquiétante. Souvent elle donne lieu à la perte de trois ou quatre livres de sang, même en assez peu de temps, sans qu'il en résulte aucun autre inconvénient que la pâleur de la face et la blancheur des lèvres. Toutefois, quand cette hémorrhagie précède ou accompagne une maladie grave, et plus encore quand elle survient à son déclin, chez un sujet qui déjà fait des pertes, qui a souffert beaucoup, ou qui a long-temps supporté la diète, surtout s'il est âgé et habituellement valétudinaire, elle peut, lors même qu'elle n'est point excessivement abondante, laisser après elle de la lenteur dans la circulation, de la petitesse et de la langueur dans le pouls, de la rareté dans la respiration, de la faiblesse dans les muscles, de l'embarras dans la pensée, et quelquefois des taches bleuâtres à la peau. Mais ces suites sont peu fréquentes, de peu de durée, et sans autre résultat pour l'ordinaire; l'hémorrhagie nasale a très-rarement déterminé la mort par son abondance, à moins qu'il ne se fît en même temps quelqu'autre hémorrhagie. Hors ce cas, peut-être la mort n'a-t-elle jamais eu lieu, si ce n'est chez certains sujets qui n'étaient pas en état de supporter aisément une évacuation de sang même peu abondante. La mort est alors annoncée par la blancheur mate de toute la peau, des lèvres et de la partie visible de la membrane nasale; un pouls mou, fai-

ble, vide et lent; le refroidissement et la faiblesse générales.

1529. Il n'est pas rare de voir l'hémorrhagie nasale revenir souvent chez le même sujet, chaque fois qu'il se présente une cause susceptible de la provoquer, et dans chaque saison qui en favorise le développement. Elle revient fréquemment en été, surtout chez de jeunes sujets, depuis la seconde enfance jusques à la vingtième ou vingt-cinquième année.

On l'a vue revenir régulièrement chaque jour, de deux jours l'un, après deux jours d'intervalle, de semaine en semaine, ou de mois en mois.

L'hémorrhagie nasale, régulièrement intermittente, peut être suivie de la mort au troisième, quatrième ou cinquième accès, par sa liaison avec une affection cérébrale primitive ou secondaire. Quand elle se répète souvent chez un adulte, elle décèle pour l'ordinaire l'altération plus importante d'un organe interne ou l'imminence du scorbut.

1530. Lorsqu'une hémorrhagie nasale périodique ou seulement imminente est retardée par une circonstance quelconque, notamment par une impression irritante exercée sur un autre organe que celui de l'olfaction; lorsque cette hémorrhagie, quel qu'en soit le type, est subitement arrêtée dans son cours par une impression locale ou exercée sur un autre organe, avant que tout le sang, dont la sortie était devenue nécessaire, ne soit évacué, il peut en résulter l'inflammation de la membrane muqueuse nasale, ou bien le vertige, la céphalalgie, des bour-

donnemens, des tintemens d'oreille, la perte de la vue, de l'ouïe, l'apoplexie, des convulsions même avec insensibilité, le spasme de l'œsophage, des douleurs rénales ou articulaires; mais les suites les plus fréquentes sont l'hémorrhagie pulmonaire, surtout chez les hommes. Il n'est pas d'hémorrhagie qui d'ailleurs ne puisse remplacer celle du nez, quand elle a été dérangée dans son cours.

1531. Si l'hémorrhagie nasale retardée ou prématurément interrompue était liée à une inflammation de la face, des méninges, du cerveau, du poumon ou de l'estomac, soit imminente, soit sur le point de diminuer d'intensité, la phlegmasie apparaît avec violence, redouble et s'étend au lieu de décroître et de se circonscrire, ou se complique de l'inflammation d'un autre organe parfois plus important.

1532. A la suite de quelques gouttes de sang sorties des narines sans aucune provocation, on voit quelquefois diminuer rapidement les inflammations les plus graves et contre lesquelles on avait employé vainement les moyens les plus actifs; d'autres fois ce résultat bienfaisant n'a lieu qu'après une copieuse hémorrhagie nasale.

Lorsqu'à la suite d'une hémorrhagie nasale peu abondante le mal empire au lieu de diminuer, il ne faut pas toujours en conclure que la sortie du sang a causé le redoublement; le plus souvent l'hémorrhagie n'a cessé, au contraire, que parce que le mal a redoublé.

1533. Il est donc nécessaire, dans le plus grand nombre des cas, de ne rien faire pour arrêter l'hémor-

rhagie nasale, alors même qu'elle est considérable. Il est d'ailleurs d'autant plus facile de l'arrêter qu'elle a déjà duré plus long-temps, tandis que dans beaucoup de cas rien ne la ralentit, jusqu'au moment où une grande quantité de sang est écoulée.

§ VIII. De l'excès de sensibilité des nerfs olfactifs.

1534. On observe l'excès de sensibilité des nerfs olfactifs chez quelques personnes que les odeurs les plus légères, agréables ou désagréables, affectent d'une manière prononcée, au point que la plus fugitive leur paraît d'une force extraordinaire, et provoque chez elles la douleur de tête et l'évanouissement. Cet état morbide n'est peut-être jamais primitif. Il n'a lieu que chez les femmes enceintes et en couches, chez les personnes qui sont livrées aux veilles opiniâtres et studieuses, chez les hystériques et les hypochondriaques.

§ IX. De l'insensibilité des nerfs olfactifs.

1535. Elle est quelquefois d'abord incomplète, puis absolue. Le sujet qui en est affecté ne distingue plus aucune odeur, mais il continue à percevoir le volume, la forme, la présence du tabac et des autres corps étrangers introduits dans les narines; la moutarde, l'ammoniaque, irritent la membrane nasale, développent de la douleur, de la rougeur, sans qu'il en perçoive l'odeur. Quelquefois les odeurs fétides produisent un sentiment de ma-

laise dans la poitrine. Cette insensibilité a quelquefois suivi l'administration des mercuriaux; elle a lieu momentanément à la suite d'une contusion du nez ou du front; on l'observe souvent, dit-on, chez les parfumeurs et les droguistes, mais alors elle est rarement complète. Elle n'a pas lieu chez les personnes qui séjournent dans les amphithéâtres, car si elles sont peu désagréablement affectées par les odeurs fétides qui y règnent, elles ne les en perçoivent pas moins très-nettement. On doit en dire autant des vidangeurs. Il faut pour qu'on admette qu'elle a lieu que la membrane n'offre aucune apparence d'inflammation, d'épaississement, d'ulcération, ni de polypes. Si l'absence du sens est congéniale et complète, elle peut tenir à l'absence du nerf.

§ X. Des altérations de l'odorat.

1536. L'activité de l'odorat diminue momentanément pendant l'inflammation de la membrane muqueuse des fosses nasales; souvent même le sujet ne perçoit plus aucune espèce d'odeur (1) jusqu'à ce que l'inflammation soit sur son déclin, et quelquefois même après qu'elle semble avoir cessé. Ce sens est suspendu dans l'évanouissement, l'apoplexie, l'épilepsie; il est nul pour la plupart des odeurs, à l'exception des odeurs fétides, dans les accès d'hystérie; la répétition fréquente des phlegmasies na-

(1) *Anosmie.*

sales intenses peut avoir pour résultat la perte définitive de l'odorat. Elle accompagne souvent l'inflammation chronique, les ulcères, les polypes de la membrane muqueuse nasale. Quelques personnes en très-petit nombre en sont privées dès la naissance; parmi celles-ci, il en est qui en contractent de l'éloignement pour les fleurs et même pour les personnes qui en portent volontiers. A l'ouverture du cadavre de personnes qui avaient perdu l'odorat, on a trouvé quelquefois des altérations des lobes antérieurs du cerveau, des tumeurs à la base de ce viscère sur les nerfs olfactifs. Ces nerfs eux-mêmes manquaient chez les sujets privés de l'odorat dès leur naissance. (*Schneider, Scheffel.*)

1537. Il arrive quelquefois que l'on s'imagine respirer des odeurs qui n'existent réellement pas autour de soi (1). Cette illusion de l'odorat ne s'observe guère que chez les femmes en couches, les hystériques, les fous, chez les personnes qui éprouvent une inflammation chronique de la membrane muqueuse des fosses nasales, peut-être aussi chez les sujets dont les cavités ethmoïdales très-étroites conservent long-temps des mucosités qui, par leur séjour prolongé, acquièrent une odeur particulière.

Dans d'autres cas, les odeurs fétides plaisent, tandis que les odeurs agréables répugnent.

D'autres fois, les odeurs fugaces paraissent très-fortes.

Les illusions du sens de l'odorat ne sont com-

(1) *Illusions, hallucinations de l'odorat*

munes que chez les fous, et elles peuvent conduire à la folie par l'inquiétude et la crainte qu'elles inspirent.

§ XI. Des altérations du mucus nasal.

1538. Le mucus, sécrété par la membrane nasale, devient plus salé que de coutume dans le plus haut degré de l'inflammation compatible avec son écoulement. Il est tantôt très-limpide, parfaitement incolore, transparent et filant comme du blanc d'œuf, tantôt épais, gluant, jaunâtre, verdâtre. La nuit, il se concrète en couches jaunes et sèches à l'entrée des narines, surtout quand la membrane muqueuse nasale est habituellement le siége d'une irritation.

Quelquefois ce mucus se convertit en une pellicule membraniforme, pulpeuse ou sèche, plus ou moins adhérente à la membrane, qui offre alors çà et là, sous cette pellicule, des plaques de pointillé rouge.

Ces variétés de l'état du mucus correspondent à celles de l'inflammation de la membrane qui le secrète.

1539. Lorsqu'il coule abondamment sur la lèvre supérieure, et que celle-ci s'enflamme et s'ulcère, on attribue cet effet à son âcreté; mais cela n'arrive guère que dans les temps froids, or tout autre liquide mouillant sans cesse la peau, il en résulterait le même effet; la peau de la lèvre est d'ailleurs soumise aux mêmes impressions que la membrane muqueuse nasale, et de plus continue avec elle.

§ XII. De la fétidité de l'haleine.

1540. Quoique l'air sorte par la bouche comme par les narines dans l'expiration, il est naturel de parler ici de la fétidité de l'haleine, puisque sa sortie par la bouche n'est pas continue comme son passage par le nez.

1541. L'air expiré acquiert de la fétidité, soit dans les bronches, la trachée-artère ou le larynx, soit dans la bouche ou les fosses nasales. La fétidité de l'haleine dépend d'un état morbide de la membrane muqueuse laryngo-bronchique, de l'altération des dents, de la lésion de la membrane bucco-gastrique, de la membrane muqueuse qui revêt les fosses nasales, les sinus frontaux ou maxillaires, ou enfin des parties sous-jacentes à ces tissus.

1542. Lorsque la fétidité de l'haleine se fait surtout sentir dans l'air expiré par le nez, on lui donne le nom de *punaisie* ou *d'ozène;* quand elle se fait sentir principalement dans l'air expiré par la bouche, c'est alors la fétidité proprement dite de l'haleine.

1543. Quelques sujets se plaignent de sentir des odeurs désagréables, sans que l'air qu'elles expirent par le nez ou par la bouche ait aucune fétidité, tandis que souvent les personnes dont l'haleine et le souffle sont fétides, ne s'en aperçoivent en aucune manière. Il importe d'étudier avec beaucoup de soin la fétidité de l'haleine et du souffle nasal, car il est toujours fort difficile de faire cesser ces symp-

tômes, parce qu'il est ordinairement fort difficile d'en reconnaître la source.

ARTICLE II.

DES MALADIES DES SINUS FRONTAUX.

§ I. De l'inflammation de la membrane muqueuse des sinus frontaux.

1544. Elle peut être sympathiquement l'effet des mêmes causes qui déterminent l'inflammation de la membrane des fosses nasales, mais le plus ordinairement elle n'est que le résultat de l'extension de celle-ci.

1545. On la reconnaît à un sentiment de chaleur intense, de pesantéur et de douleur obtuse ou aiguë, quelquefois lancinante, qui s'étend de la racine du nez, le long du sourcil, jusqu'au front, et même au reste du crâne, quelquefois d'un seul, le plus souvent des deux côtés; cette phlegmasie se comporte sans doute comme celle des fosses nasales. La membrane enflammée secrète probablement un liquide analogue à celui que fournit la membrane des fosses nasales, et qui vient se mêler à lui pour être expulsé en même temps.

1546. Lorsque par l'épaississemement de leur membrane, les sinus ne se trouvent plus en communication avec les fosses nasales, ce liquide s'accumule, se concrète, la membrane s'enflamme de plus en plus, une douleur fixe se fait sentir, le sujet

éprouve un sentiment de pesanteur habituelle dans cette région; les parties voisines sont enflammées, la circulation s'accélère; les efforts d'émonction finissent quelquefois, au bout de quelques semaines seulement, par expulser une matière d'un blanc jaunâtre, cylindrique, ayant la consistance de la cire, après la sortie de laquelle les accidens cessent promptement. (1). Tantôt la paupière supérieure est gonflée, la conjonctive est rouge et l'œil est larmoyant du côté affecté, la paroi antérieure du sinus s'ouvre; par suite du ramollissement de la membrane enflammée, de l'os et de la peau, le pus coule à la surface de la paupière ou fuse dans l'orbite; cette ouverture peut persister (2). Tantôt, dit-on, et plus souvent, la paroi postérieure déprimée comprime le cerveau, il se manifeste de l'assoupissement, de l'engourdissement, elle se rompt, et l'apoplexie a lieu.

Dans l'un et l'autre cas, l'inflammation a passé à l'état chronique; quelquefois elle est latente dès son origine.

§ II. Des excroissances de la membrane muqueuse des sinus frontaux.

1546. Des excroissances, ayant la couleur et la consistance du lard rance, peuvent se développer à la surface de cette membrane, mais rien ne les révèle

(1) *Rétention du mucus, abcès des sinus frontaux.*

(2) *Fistule aerienne.*

pendant la vie, à moins qu'elles ne viennent former une tumeur à la racine du nez, sous la peau, après avoir perforé la paroi osseuse du sinus; encore, dans ce cas, l'ouverture du sujet peut seule indiquer le siége primitif du mal.

ARTICLE III.

DES MALADIES DU SINUS MAXILLAIRE

§ I. De l'inflammation de la membrane muqueuse du sinus maxillaire.

1547. Les causes qui déterminent l'inflammation de la membrane muqueuse des fosses nasales, peuvent étendre leur action par le moyen de celle-ci, jusqu'à la membrane muqueuse maxillaire; cette dernière peut surtout s'enflammer par suite d'une contusion au dessus de la pommette, de la carie ou de l'arrachement d'une dent, et sous l'influence de tout ce qui tend à irriter la membrane orale, les membranes dentaires et les gencives. Le plus ordinairement un seul sinus est enflammé.

1548. Le sujet éprouve un sentiment incommode de pesanteur, de tension, de plénitude, au dessus de la pommette; cette sensation s'étend jusque dans les fosses nasales, sur la voûte palatine, et vers la partie voisine de l'arcade dentaire. Elle est plus vive quand il se mouche et lorsqu'il mange; la joue rougit ou pâlit, se tuméfie, devient chaude et douloureuse; la gencive s'é-

chauffe, se gonfle et rougit. Au bout de quelques jours, il s'établit un écoulement de matière analogue à celle que fournit la membrane muqueuse nasale enflammée, et qui se confond avec elle quand les deux membranes sont enflammées ensemble. Si le sinus seul est enflammé, la source de l'écoulement qu'il fournit se décèle par l'absence des signes de l'inflammation des fosses nasales. Après la matière muqueuse paraît une matière visqueuse, blanche ou verdâtre, parfois puriforme, striée de sang, quelquefois fétide, parfois très-consistante. Ces matières sortent, surtout quand on penche la tête vers le côté opposé au sinus affecté. L'écoulement tari, le sentiment douloureux cesse, et dans l'espace de huit à quinze jours le mal a cessé.

1549. Parfois la douleur continue, s'accroît, au lieu de diminuer et de cesser, et devient lancinante, pulsative; elle s'étend surtout vers les alvéoles, redouble quand on se couche sur le côté affecté, lorsqu'on se mouche et dans la mastication; la joue se tuméfie notablement, rougit et fait éprouver de la douleur; la pression du doigt, sur la région canine, fait ressentir une vive douleur qui retentit dans l'intérieur, jusques à l'orbite, aux fosses nasales. C'est le plus haut degré de l'inflammation de la membrane du sinus (1); cependant elle cède encore dans beaucoup de cas, sans déterminer d'autres désastres, le pus passant dans

(1) *Abcès du sinus maxillaire.*

les fosses nasales par l'ouverture naturelle du sinus.

Mais si l'ouverture du sinus est déjà oblitérée, ou s'oblitère par le gonflement de la membrane, il peut finir par se manifester, après de vives douleurs prolongées, à la joue, au dessous de la pommette, à la gencive, à la voûte palatine, ou même au plancher de l'orbite, une tumeur qui cède sous le doigt, et fait quelquefois alors entendre de la crépitation; la membrane qui revêt cette tumeur s'enflamme, se perfore (1); un pus, taché de brun et fétide, s'écoule; les dents, notamment les petites molaires, vacillent et tombent, ou se carient; l'haleine devient infecte; un stylet introduit par cette ouverture pénètre aisément dans le sinus, et même dans les fosses nasales. Il y en a quelquefois plusieurs; assez souvent, au lieu d'une seule, opérée par l'inflammation, c'est une alvéole vide qui offre au pus une issue facile, ou bien celui-ci passe entre les parois d'une alvéole et la dent.

§ II. Des ulcères de la membrane du sinus maxillaire.

1550. Leur existence est toujours problématique, puisque jamais ils ne sont visibles. La prolongation de l'inflammation, la persistance des douleurs, le trouble et la fétidité de l'écoulement la font présumer plutôt qu'ils ne la démontrent.

(1) *Fistule du sinus maxillaire.*

§ III. Des polypes du sinus maxillaire.

1551. A la suite de l'inflammation répétée de la membrane nasale, et des contusions de la face, il peut se développer des polypes dans le sinus maxillaire comme dans les fosses nasales; le plus ordinairement ils sont durs, rouges et fibreux.

1552. Ils se manifestent successivement par un sentiment habituel de gêne, puis une douleur constante, profonde, au-dessous de la pommette; des écoulemens de sang ou de liquide trouble, sale et fétide par la narine correspondante; la saillie toujours croissante de la joue, la torsion de la bouche, l'abaissement de la voûte palatine, l'ébranlement et la chute des dents, l'oblitération de la fosse nasale, le déplacement de l'œil. Le polype finit par sortir du sinus par l'ouverture de celui-ci, pénètre dans la fosse nasale et s'y développe, ou bien il se fraie une voie soit par une alvéole vide, soit à travers la paroi antérieure du sinus et la joue, ou la paroi de la tubérosité maxillaire, derrière la dernière dent molaire; il peut aller jusqu'à comprimer la base du cerveau et déterminer ainsi la mort. Très-souvent il devient le siége de vives douleurs lancinantes; il saigne abondamment et fréquemment, et fournit un liquide fétide qui coule par les narines. La membrane muqueuse du sinus et de la fosse nasale s'enflamme, s'ulcère; les os se tuméfient, se ramollissent, se carient, se disjoignent; la circulation s'accélère, les

organes de la digestion s'irritent, et le sujet périt dans le marasme ou avec la diarrhée. Dans quelques cas rares, par suite de la suppuration qui s'établit à la base du polype, celui-ci se trouve isolé de la membrane sur laquelle il s'est développé, et tombe, entraînant avec lui quelques-unes des parties environnantes.

§ IV. De l'engouement muqueux du sinus maxillaire (1).

1553. A la suite d'une inflammation, même légère, de la membrane du sinus maxillaire, et sans aucune cause appréciable, l'ouverture de ce sinus se trouve quelquefois oblitérée, quand elle est naturellement étroite, et demeure fermée, même après que toute inflammation a cessé.

1554. Une tumeur circonscrite, fixe, indolente, dure, sans fluctuation, sans changement de couleur, se développe lentement sous la joue, au niveau de la fosse canine, sous la membrane muqueuse buccale; elle augmente de volume, s'accroît vers l'orbite, vers le nez, et le déjette; la voûte palatine s'abaisse jusqu'au niveau des dents. Le sinus peut acquérir ainsi un volume très-considérable, effacer la fosse nasale correspondante, gêner la respiration, la prononciation et la mastication. Le centre de la tumeur finit par céder à la pression du doigt, et crépite en s'enfonçant; la paroi osseuse du sinus s'ouvre au dessous de la pommette, et l'on

(1) *Hydropisie du sinus maxillaire.*

sent alors, à travers les parties molles, encore intactes et seulement distendues, un liquide fluctuant; c'est alors seulement que l'on sait à quoi s'en tenir sur la nature du mal.

Quand ce liquide se fraie ou lorsque l'art lui ouvre un passage à travers les tégumens, il se présente sous l'aspect d'une matière visqueuse, épaisse, jaunâtre, striée de vert et inodore.

1555. Cet état morbide a été observé chez des adolescens, à la suite de contusions sur la joue, de chutes sur la tête, et de carie des dents.

ARTICLE IV.

DU TRAITEMENT DES MALADIES DU NEZ, DES FOSSES NASALES ET DES SINUS FRONTAUX ET MAXILLAIRES.

1556. Les maladies des cavités nasales les plus reculées sont moins susceptibles d'un traitement efficace que celles des cavités nasales antérieures, et malheureusement elles sont, sinon plus communes, au moins plus graves que ces dernières. Les unes et les autres résistent plus que celles de la bouche aux moyens curatifs. C'est aux chirurgiens qu'est dû ce que l'on sait sur les maladies du nez et des cavités accessoires de cet organe; la thérapeutique de ces maladies leur est due toute entière.

Traitement de l'inflammation des tégumens du nez.

1557. L'art fait peu pour la guérison de l'inflammation des tégumens du nez. Cette phlegmasie s'exaspère par le contact des liquides les plus doux avec la peau enflammée ; on a cru même remarquer que les topiques, de quelque nature qu'ils soient, déterminent fréquemment l'extension de l'inflammation aux parties voisines. Peut-être les applications d'eau froide, incessamment renouvelées, seraient-elles exemptes de cet inconvénient.

1558. Lorsque l'inflammation se propage de la peau au tissu cellulaire voisin, un léger cataplasme mucilagineux doit être appliqué à nu sur la partie malade, car il faut obtenir la résolution ou hâter la suppuration, afin que celle-ci soit le moins étendue possible. On est rarement obligé d'en venir à l'instrument, parce que l'ouverture spontanée ne tarde guère à se faire ; elle est toujours petite, et paraît à peine après la cicatrisation.

1559. Si l'inflammation envahissait la totalité du tissu cellulaire nasal sous-cutané, il faudrait sans délai appliquer localement des sangsues, et faire saigner abondamment les piqûres, afin de prévenir la suppuration, d'autant plus à craindre qu'elle menacerait d'être plus considérable.

1560. La rougeur habituelle et les inflammations fréquentes des tégumens du nez coïncidant presque toujours avec un état de surexcitation, d'irritation, habituel ou souvent répété, des voies di-

gestives, notamment de la partie inférieure du rectum, et alternant parfois avec les hémorrhoïdes, on doit conseiller un régime aqueux et végétal aux personnes qui desirent être délivrées de cette incommodité. Le régime est encore ici plus puissant que tout autre moyen, même local, car il s'adresse à la cause primitive du mal.

1561. Les ulcères des tégumens du nez qui résistent à tous les moyens indiqués contre l'inflammation, ne guérissent que par l'ablation, au moyen de l'instrument ou du caustique. Souvent, après l'opération, ils reparaissent, et sont dès-lors sans remède.

Traitement de la congélation du nez.

1562. Quelque complètement privé de la vie que paraisse le nez, après avoir été soumis à l'action d'un froid excessif, il ne faut pas négliger d'employer les moyens propres à y rétablir la circulation et la sensibilité. La partie doit être légèrement frottée avec de la neige, puis arrosée d'eau de moins en moins froide et enfin tiède.

Thomson recommande la solution froide d'acétate de plomb. Quand la gangrène est imminente, ou l'inflammation devenue chronique, il conseille les applications d'hydrochlorate de soude, d'alcool, d'huile de térébenthine et d'ammoniaque liquide. Le vin paraît préférable à ces divers moyens, ou plutôt moins susceptible de nuire. A la vérité, ce chirurgien célèbre ajoute que si ces

applications sont trop stimulantes, on peut diminuer leur énergie en y ajoutant du liniment à l'eau de chaux.

1563. L'excessive sensibilité que conservent fort long-temps, et même pour toujours, les parties rappelées à la vie après avoir été gelées, porte à croire que les adoucissans sont indiqués de préférence aux irritans, dans le traitement des phlegmasies chroniques qui succèdent à la congélation et à la mortification subséquente à cet état.

1564. Si, à la suite de l'action du froid, le nez est demeuré enflammé, on doit traiter cet état comme s'il provenait de tout autre cause.

1565. Outre les moyens locaux, il faut, si la respiration et la sensibilité générale sont suspendues, mettre en usage les moyens nécessaires pour rétablir ces fonctions, et qui seront indiqués à l'occasion des organes qu'elles concernent.

Traitement de l'inflammation de la membrane muqueuse nasale.

1566. Le plus ordinairement on ne réclame point les secours de l'art contre l'inflammation de la membrane muqueuse nasale, du moins quand il s'agit de sa nuance aiguë, la plus commune et la plus légère. Cette négligence est parfois l'origine de maux très-graves, que l'on ne peut ensuite détruire.

1567. Sous le point de vue thérapeutique, l'inflammation aiguë de la membrane muqueuse nasale peut être divisée en deux espèces.

Dans la première, la douleur est peu vive, la membrane sécrète une quantité notable de mucosités;

Dans la seconde, la douleur est forte, la chaleur brûlante, la sécrétion supprimée, ou peu s'en faut.

1568. L'inflammation sans sécrétion de la membrane nasale exige les injections de liquides émolliens tièdes dans les cavités que revêt cette membrane, l'inspiration de vapeurs aqueuses par le nez, et l'application d'une ou deux sangsues à la partie visible de la membrane enflammée. On prescrit en outre les boissons fraîches, la diète, les bains de pieds rubéfians et les lavemens émolliens.

Si le mal persiste, il faut insister sur les injections, les boissons, le régime aqueux et végétal sévère, les lavemens.

On donne trop peu d'attention à la sécheresse de la membrane nasale, incommodité fort commune, et qui signale inutilement des phlegmasies chroniques de cette membrane, auxquelles il faut souvent attribuer la formation de polypes dont ensuite on cherche à se débarrasser sans pouvoir y parvenir.

En traitant cette sécheresse comme provenant d'un état inflammatoire chronique, on prévient la formation d'ulcères fréquemment incurables; d'autres fois on fait disparaître tous les symptômes de prétendus ulcères qui n'ont jamais existé : nous avons observé un cas mémorable de ce genre, dont la relation serait trop étendue pour trouver place dans cet ouvrage.

1569. L'inflammation avec sécrétion de la membrane nasale est la plus commune et la mieux connue; c'est elle que l'on désigne sous le nom de *coryza*, et dont, pour l'ordinaire, le traitement n'est guère confié aux médecins que par les personnes très-attentives au soin de leur santé.

La courte durée de cette maladie dans la plupart des cas, et la rareté de ceux où elle passe à l'état chronique, font que l'on se borne pour l'ordinaire à garder la chambre, à boire des liquides doux et chauds, et à manger peu, moins par prudence qu'en raison de la diminution de l'appétit : tels sont en effet les seuls conseils à donner aux personnes affectées de cette légère phlegmasie.

Lorsque le sentiment de picotement éprouvé dans les fosses nasales est vif, difficile à supporter, et que la tête devient douloureuse, les bains de pieds très-chauds et sinapisés, les bains de vapeurs dirigés vers la plante des pieds, et les lavemens purgatifs sont indiqués; souvent nous les avons employés avec succès pour abréger la durée de la maladie.

1570. L'inflammation avec sécrétion de la membrane nasale venant à passer à l'état chronique, se montre souvent rebelle à tous les moyens de traitement. La douleur et la chaleur cessent, la sécrétion continue; la membrane semble être devenue seulement plus féconde en mucosités, sans pour cela paraître encore enflammée. Les excitans de la peau et des voies digestives sont quelquefois avantageux, plus souvent inutiles. Les sujets prennent alors l'ha-

bitude du tabac, qui diminue ou masque la sécrétion, quand elle ne la fait pas cesser

1571. Lorsque l'inflammation chronique, avec ou sans sécrétion de la membrane nasale, a des liaisons avec un état morbide de quelqu'autre organe, l'attention doit se diriger vers celui-ci, soit pour le guérir, soit pour y rétablir l'irritation, l'écoulement ou l'ulcération, dont la cessation a été suivie du développement de la phlegmasie nasale.

Traitement des ulcères de la membrane nasale.

1572. Les ulcères de la membrane muqueuse nasale sont faciles à reconnaître lorsqu'ils sont situés près de l'ouverture des narines, et très-difficiles à constater quand ils occupent une partie reculée des cavités nasales. Dans ce dernier cas, il est arrivé souvent qu'on a méconnu des ulcères réels, et plus souvent encore que des ulcères imaginaires ont été soumis à toutes sortes de moyens de traitement.

1573. Soit que l'on ait la certitude de l'existence de ces ulcères, soit qu'on ait seulement lieu de présumer qu'ils existent, il faut d'abord se contenter de prescrire les moyens indiqués contre l'inflammation sans sécrétion de la membrane; insister long-temps sur le régime doux et tenu; exciter ensuite la peau, les intestins, les reins, en un mot, tous les émonctoires, avec persévérance, mais sans violence, et se diriger dans ce traitement,

toujours long, difficile, et non toujours fructueux, d'après la connaissance approfondie des lésions antérieures, de l'état morbide actuel des viscères, et d'après les conditions où le sujet se trouve placé, plus encore qu'en raison de la nature problématique de la cause d'où est provenue primitivement l'inflammation qui a déterminé l'ulcération du tissu affecté.

1574. Si les ulcères de la membrane nasale paraissent avoir des rapports avec un état morbide actuel ou antérieur des organes génitaux, il faut se conduire comme il sera dit au chapitre des maladies de ces organes.

1575. Lorsque les ulcères de la membrane nasale s'accroissent sans cesse, malgré les adoucissans et les révulsifs, malgré les topiques irritans, ou à cause d'eux, le sujet ne peut échapper à la mort, puisque l'instrument ni le caustique ne peuvent guère être méthodiquement portés sur la partie affectée.

Traitement des polypes de la membrane muqueuse nasale.

1576. Les polypes situés dans les narines et qui sont manifestement fixés aux parois de ces cavités, n'offrent pas de grandes difficultés pour l'application des moyens de traitement; mais ceux qui prennent naissance sur un point reculé de la membrane muqueuse nasale, soit qu'ils se portent dans les narines, soit qu'ils se dirigent en arrière, et qu'ils aillent gêner la déglutition et la respiration, sont

d'un accès fort difficile, et réclament toute l'habileté d'une main exercée.

1577. L'introduction, l'insufflation, l'injection de substances dessicatives, astringentes, irritantes, dans les cavités nasales, pour déterminer la guérison des polypes, ne les font diminuer de volume que lorsqu'ils sont mous, peu volumineux, situés près des narines; il faut revenir souvent à ces moyens, et les employer long-temps; le plus souvent ils échouent, plus souvent encore ils enflamment la membrane nasale.

1578. La cautérisation avec le fer chauffé jusqu'au blanc et conduit à l'aide d'une canule, procure difficilement la destruction de la totalité du polype, puisqu'on ne peut la diriger qu'à tâtons; on ne peut d'ailleurs être certain d'avoir agi sur le pédicule de la tumeur.

Les substances caustiques, liquides ou molles, portées sur de la charpie, les caustiques solides, moins effrayans, ne sont pas d'un emploi plus méthodique.

Ces deux moyens doivent pour l'ordinaire être répétés, et l'on ne sait jamais exactement ce qu'on détruit. Il faut les réserver pour les polypes peu volumineux, mous, et fixés à l'entrée des narines.

1579. L'arrachement des polypes, à l'aide des pinces à doubles mords, est préférable dans la plupart des cas. L'hémorrhagie qui en est souvent l'effet s'arrête ordinairement d'elle-même; si elle persiste, ou si elle est tellement abondante qu'on doive en concevoir des inquiétudes, il faut tamponner aussitôt.

1580. La ligature des polypes des fosses nasales doit être préférée quand le sujet se refuse à l'arrachement, quand la situation et la forme pédiculée du polype en rendent la ligature facile, lorsque l'on redoute que des douleurs lancinantes et le ramollissement ne se manifestent, enfin quand on craint une hémorrhagie abondante.

1581. Toutes les fois que les polypes sont accompagnés de symptômes d'inflammation de la membrane muqueuse nasale, il faut s'occuper de faire cesser la phlegmasie, avant de tenter le retranchement des tumeurs. Si l'inflammation se développe après qu'on en a tenté la destruction, il faut remplir de suite les indications qu'elle présente, et suspendre, s'il en est temps encore, l'emploi des moyens auxquels on a recours pour l'ablation de la végétation.

1582. Les polypes très-douloureux sont peu susceptibles de guérison; souvent les douleurs deviennent plus fortes et l'ulcération se manifeste lorsqu'on en tente la destruction; ils sont d'ailleurs très-disposés à reparaître avec encore plus de douleur.

1583. Les polypes fort durs ne peuvent guère être détruits; ils repullulent plus sûrement encore que les polypes mous.

Traitement de l'irritation sécrétoire de la membrane muqueuse nasale.

1584. L'irritation sécrétoire de la membrane muqueuse nasale est moins une maladie qu'une in-

commodité accidentelle ou habituelle, contre laquelle il n'y a guère de remèdes; ce qui doit peu étonner, car la médecine guérit encore plus souvent les maladies que les indispositions et les infirmités.

Traitement de l'hémorrhagie nasale.

1585. L'hémorrhagie nasale qui survient chez un sujet jeune, vigoureux, bien portant, chez une jeune fille non réglée, chez une femme dont les règles ont été arrêtées, et celle qui provient d'un cause momentanée d'afflux du sang vers la tête, ne doivent point être arrêtées; il suffit de dire au sujet de tenir la tête droite, afin que la position inclinée n'entretienne pas l'abord du sang vers la membrane nasale. Il faut aussi le débarrasser de tout ce qui pourrait exercer de la constriction sur une partie quelconque du corps, et l'exposer à l'air frais.

1586. L'hémorrhagie nasale qui survient chez un sujet bien portant, peu après qu'il a été soumis à une cause susceptible de déterminer une maladie grave, ne doit pas être arrêtée. Il en est de même quand cette hémorrhagie se manifeste au début d'une maladie quelconque. En vain dirait-on qu'il faut s'opposer à la perte du sang, au début d'une maladie, lorsque le sujet est faible; car en pareil cas on ne réussit guère à tarir l'hémorrhagie, et si l'on y parvient, la maladie ne s'en développe pas moins, elle sévit même avec plus de force, quels qu'en soient la nature et le siége.

L'hémorrhagie nasale doit surtout être respectée au début des maladies des organes de la tête, car après qu'elle a cessé naturellement les premiers symptômes de ces maladies disparaissent quelquefois, tandis que lorsqu'on l'arrête, le mal prend presque toujours un caractère alarmant. J'ai eu trop d'occasions de faire cette remarque, pour ne pas rappeler l'attention sur elle.

Au début des maladies des autres organes, l'hémorrhagie nasale n'offre point d'inconvéniens, et il peut y en avoir à la supprimer.

Il serait d'ailleurs imprudent de vouloir l'entretenir par des moyens susceptibles de faire affluer le sang vers la tête, et c'est là une preuve que la nature ne doit pas toujours être favorisée dans ses mouvemens, alors même qu'ils ne sont pas sans utilité.

1587. Lorsque l'hémorrhagie nasale qui se développe au début d'une maladie est assez abondante pour faire craindre que le sujet ne perde connaissance, c'est le cas d'employer les moyens propres à la faire cesser.

1588. L'hémorrhagie nasale qui a lieu dans le cours d'une maladie ne doit être combattue par aucun moyen, jusqu'au moment où le sujet paraît menacé de perdre connaissance : ceci est important surtout pour les cas où elle se manifeste dans le cours des maladies de l'encéphale.

1589. Lorsque l'hémorrhagie nasale a lieu au déclin d'une maladie, il ne faut non plus l'arrêter que lorsqu'on craint la perte de connaissance, ou que, le sujet étant déjà extrêmement faible, la

perte de beaucoup de sang pourrait être dangereuse.

1590. Dans la convalescence, l'hémorrhagie nasale doit être combattue, si elle se prolonge; mais l'empêcher brusquement serait exposer le malade à une rechute.

1591. Lorsque l'hémorrhagie nasale paraît avoir lieu en remplacement d'une autre hémorrhagie naturelle ou habituelle retardée, suspendue, ou qui a cessé de se manifester, il faut se garder de l'arrêter, car, de toutes les hémorrhagies, celle du nez est la moins grave, ou même la plus insignifiante.

Après qu'elle a cessé, dans le cas dont il s'agit, on s'occupe de rétablir celle qu'elle a remplacée, quand il peut en résulter de l'avantage pour le sujet, c'est-à-dire s'il s'agit des règles avant l'âge de retour, ou des hémorrhoïdes.

1592. Quand il devient nécessaire d'arrêter l'hémorrhagie nasale, plusieurs moyens se présentent, ils agissent sur la partie ou non loin d'elle; ce sont d'abord les réfrigérans, tels que l'eau à la glace, l'eau vinaigrée, que l'on fait respirer par les narines, et dont on lave le front, les joues, la nuque, le cou; la glace, que l'on applique sur le front, la racine du nez, un corps froid que l'on introduit entre le dos et la chemise; les boissons à la glace et acidulées; ensuite les bains de pieds chauds, sinapisés ou acidulés; les lavemens purgatifs.

Parmi ces moyens, les réfrigérans appliqués au nez ou aux parties voisines, n'offrent point d'inconvéniens, quand on ne les emploie pas à

contre-temps; mais, appliqués au dos et donnés à l'intérieur, ils peuvent déterminer une inflammation des organes thoraciques. Les lavemens purgatifs ne sauraient être employés dans tous les cas. Les pédiluves chauds n'offrent point d'inconvéniens.

1593. Si, par ces divers moyens, on n'obtient pas la cessation de l'hémorrhagie nasale, il est rare qu'au moins elle ne diminue pas assez pour dispenser de recourir à d'autres.

1594. Le tamponnement des fosses nasales, à l'aide de bourdonnets de charpie, est rarement nécessaire pour arrêter définitivement l'écoulement du sang : ce moyen est fort pénible, souvent douloureux; je l'ai employé un grand nombre de fois sans qu'il fût rendu indispensable par quelque circonstance grave, et souvent je l'ai vu, par la gêne qu'il causait dans la respiration, et sans doute aussi par l'obstacle qu'il apportait à une évacuation nécessaire, augmenter la douleur de tête, accroître la rougeur de la face, et hâter, sinon provoquer, le délire.

1595. Si l'hémorrhagie nasale est périodique, il est bon de recommander la sobriété, de conseiller les boissons aqueuses froides, le régime végétal, la modération dans les exercices, les études et les jouissances, enfin l'usage des bains de pieds chauds, et celui des lavemens, si le sujet est constipé.

1596. Il n'est pas bon que l'on contracte l'habitude d'une hémorrhagie, quelle qu'elle soit.

Des indications relatives à l'excès et au défaut de sensibilité des nerfs olfactifs.

1597. Lorsque la sensibilité olfactive est portée à un degré incommode, on ne peut guère donner de conseils spécialement applicables à cet état rare et peu connu. Chercher à diminuer la sensibilité en général et calmer l'activité cérébrale, par le repos, les bains tièdes, c'est là tout ce qu'on peut recommander.

1598. Si la sensibilité olfactive est diminuée, on essaie de la ranimer par l'usage des poudres irritantes, inspirées à la manière du tabac; mais un pareil moyen est peu propre à faire obtenir l'effet désiré.

Des indications relatives aux altérations de l'odorat.

1599. Il n'y a aucune indication spéciale à remplir, lorsque le sujet croit sentir des odeurs qui n'existent point près de lui, ni en lui, ou qu'il perçoit les odeurs autrement que ne le font les personnes qui l'entourent. On doit seulement chercher avec soin s'il est réellement le jouet d'une illusion, et ensuite s'assurer si quelqu'état morbide de l'encéphale accompagne celle-ci et peut en être considérée comme la cause.

Des indications relatives aux altérations du mucus nasal.

1600. Aucune indication, proprement dite, ne se rattache aux altérations du mucus nasal. Il faut

seulement avoir soin d'en provoquer l'extraction, autant que possible, surtout chez les sujets en bas âge, lorsqu'il se dessèche dans les narines, de manière à les oblitérer, et engager les malades à ne respirer que par la bouche alors obligée de demeurer ouverte. Des fumigations aqueuses sont utiles en pareille circonstance.

Des indications relatives à la fétidité de l'haleine.

1601. La fétidité de l'haleine est fort incommode aux personnes obligées de vivre avec le sujet qui en est affligé, et parfois à lui-même. Pour la faire cesser, il faut en rechercher avec soin la cause dans l'état, soit des organes respiratoires, soit de la bouche, de l'œsophage ou de l'estomac, et remplir les indications relatives à l'affection de ces parties, cause de la mauvaise odeur de l'air expiré. J'y suis parvenu plusieurs fois en faisant observer le régime végétal et l'abstinence des boissons fermentées. Quand cette fétidité dépend d'une maladie réelle de la membrane muqueuse nasale, elle cesse très-rarement, en raison de la tenacité des affections chroniques de cette partie. Des pastilles odorantes, tenues dans la bouche, corrigent jusqu'à un certain point la fétidité de l'haleine ; elles atténuent très-peu celle du soufle nasal.

Traitement de l'inflammation de la membrane des sinus frontaux.

1602. L'inflammation de la membrane muqueuse des sinus frontaux n'exige pas d'autres moyens que

celle de la membrane muqueuse nasale. Les vapeurs aqueuses, inspirées par les narines, contribuent à faire cesser le sentiment de pesanteur ressenti vers ces sinus, et l'on éprouve un soulagement réel par suite de l'écoulement muqueux que déterminent ces fumigations.

1603. L'accumulation des mucosités dans les sinus frontaux et l'inflammation chronique de leur membrane, ne peuvent guère être constatées pendant la vie; elles n'exigeraient d'ailleurs pas d'autres moyens que ceux qui ont été indiqués comme propres à combattre l'inflammation chronique de la membrane muqueuse nasale. L'idée de perforer les sinus, afin de faire cesser une douleur fixe que l'on suppose dépendre de leur lésion, est une de ces vues chirurgicales que rien ne motive.

1604. Les fistules des sinus frontaux ne sont point susceptibles de guérison, rien ne pouvant s'opposer au passage de l'air par un conduit quelque peu étendu qu'il soit. Il faut les maintenir fermées à l'aide d'un obturateur.

Traitement des polypes des sinus frontaux.

1605. Levret a trouvé deux polypes lardacés dans les sinus frontaux d'un garçon âgé de dix-sept ans; c'est le seul fait avéré de polypes situés dans ces cavités; par conséquent il n'y a rien à dire du traitement à suivre en cas pareil.

Traitement de l'inflammation de la membrane muqueuse du sinus maxillaire.

1606. L'inflammation de la membrane muqueuse du sinus maxillaire exige l'application des sangsues à la partie de la gencive la plus voisine de son plancher, et sur la joue, au dessous de l'arcade zygomatique.

1607. Si le sinus communique avec la bouche par une alvéole, il faut y injecter des liquides émolliens et tièdes.

Si le sinus maxillaire ne s'ouvre pas dans la bouche, il est convenable d'arracher la troisième et la quatrième molaires, et de perforer ensuite le plancher de cette cavité, lorsque des douleurs vives et pulsatives, résistant à tous les moyens employés pour la calmer, et l'ampliation visible du sinus, font présumer qu'il renferme un liquide. On fait ensuite les injections dont il vient d'être parlé.

Quand les dents indiquées plus haut manquent, il suffit de perforer le fond de l'alvéole.

Si l'on veut conserver ces dents, il faut trépaner le sinus, en perforant la région inférieure de la fosse canine.

La perforation du plancher du sinus maxillaire ne doit pas être différée, dès qu'on a lieu de craindre qu'elle ne s'effectue naturellement, et lorsque la violence des accidens en démontre la nécessité, afin d'empêcher qu'il ne se forme plusieurs ouvertures spontanées.

Quand le sinus est en communication avec la bouche, il faut bien se garder de le remplir de bourdonnets; il suffit de le déterger fréquemment au moyen de liquides doux.

1608. Les fistules du sinus maxillaire ne guérissent point; il est parfois nécessaire de se servir de ces ouvertures pour introduire des liquides dans la cavité, afin de la nétoyer, et aussi pour faire cesser l'irritation de la membrane muqueuse occasionée par l'air ou les alimens qui s'y introduisent. Il est prudent de maintenir ces fistules fermées, au moyen d'un obturateur.

Traitement des ulcères de la membrane muqueuse du sinus maxillaire.

1609. Lorsque l'on présume l'existence d'ulcères de la membrane qui revêt le sinus maxillaire, il ne faut pas désespérer d'en obtenir la guérison. Les moyens indiqués sont l'application des sangsues, tant à la gencive qu'à la joue, et les injections. Il faut d'ailleurs, comme pour le traitement de toute maladie opiniâtre des organes des sens, provoquer avec activité les sécrétions et les excrétions de la peau et des membranes muqueuses.

Traitement des polypes du sinus maxillaire.

1610. Les polypes du sinus maxillaire doivent être arrachés, dès qu'ils se montrent dans la bouche, à travers la paroi usée du sinus. Ils repullulent ordinairement, ainsi que la plupart des tu-

meurs de ce genre, et rien alors ne peut empêcher la mort du sujet.

Traitement de l'engouement muqueux du sinus maxillaire.

1611. Quand les moyens propres à combattre l'inflammation de la membrane muqueuse du sinus maxillaire n'ont point réussi à prévenir l'amas de mucosités dans cette cavité, il n'y a pas d'autre indication que de vider celle-ci, en ouvrant sa paroi externe, dans la fosse canine, ou en perforant son plancher, au fond d'une alvéole. Ensuite on pratique les injections émollientes tièdes nécessaires pour faire cesser l'inflammation qui a été la source de la maladie, et que la perforation exaspère momentanément.

CHAPITRE II.

DES MALADIES DU LARYNX (1).

1612. L'air, stimulant naturel de la membrane muqueuse du larynx, agit sur elle par ses propriétés et par les gaz, vapeurs et corpuscules dont il est le véhicule. Tout liquide, quel qu'il soit, qui tend à s'introduire dans le larynx, lèse cet organe, à plus forte raison lorsqu'il y pénètre malgré les efforts de la glotte. Les substances

(1) Hoswship, *On the affections of the Larynx*, Londres, 1816.

molles sont encore plus nuisibles; les solides déterminent presque toujours la suffocation.

Les efforts de voix, le chant, les cris surtout, le rire, les sanglots, déterminent de l'irritation au larynx; la toux ajoute à la souffrance de cet organe, alors même qu'elle en est l'effet. Les divers liquides provenant de la trachée, des bronches et du parenchyme pulmonaire, agissent également sur cette partie.

Les changemens dans la température, les variations atmosphériques, la durée insolite et le mode inaccoutumé de succession des changemens dans la constitution de l'air, sont autant de causes qui influencent d'autant plus le larynx, que ce fluide y est admis lorsqu'il n'a encore été modifié que par son passage dans la bouche et les cavités nasales. Ces diverses causes agissent aussi sur le larynx, par suite de l'impression qu'elles exercent sur la peau.

1613. Le larynx s'affecte très-souvent chez les enfans, plus souvent chez les garçons que chez les filles, quelquefois chez les femmes, rarement chez les hommes.

ARTICLE PREMIER.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DU LARYNX.

1614. Le diagnostic des maladies du larynx offre rarement des difficultés insurmontables, cependant cet organe n'est point soumis à l'observation directe, et l'on serait fort souvent embarrassé pour

reconnaître le siége de ses lésions, si les changemens qui surviennent dans la double fonction qu'il remplit ne mettaient aisément sur la voie, dans la plupart des cas.

§ Ier. De l'inflammation de la membrane muqueuse du larynx (1).

1615. L'air froid et humide, ou chaud et très sec, les gaz, les vapeurs et les corpuscules irritans mêlés à l'air, les liquides irritans introduits dans le larynx, les cris et tous les exercices forcés de la voix, sont les causes les plus propres à déterminer l'inflammation de la membrane muqueuse du la-

(1) *Laryngite. Angine laryngée.*—Boerhaave, *Aph.* 801-802. — Hildenbrand, *Inst. pract. med.*, t. III. *Croup.* — F. Home, *an Inquiry into the croup*; Edimbourg, 1765. — C. F. Michaelis, *de Angina polyposa*; Gœttingue, 1778; in-8°. — Chaussier, *Note sur le croup*; Paris, 1800. — Schwilgué, *Thèse sur le croup*; Paris, 1801. — Royer-Collard, *Rapport sur les Mémoires envoyés au concours sur le croup*; Paris, 1811; in-8°. — Double, *Traité du croup*; Paris, 1811; in-8°. — Vieusseux, *Mémoire sur le croup*; Genève, 1812. — Albers, *de Tracheitide infantum*. Leipsick, 1816; in-4°. — A. Grimaud, *sur la Nature du croup*, dans le *Journ. comp. des Sciences méd.*, 1822. — Desruelles, *Traité du croup*; Paris, 1824; in-8°. — P. Blaud, *Recherches sur la laryngo-trachéite*; Paris, 1823; in-8°. — P. C. A. Louis, *Du croup chez l'adulte*; Paris, 1824. — T. Guibert, *Recherches sur le croup*; Paris, 1824; in-8°. et dans le *Journal complémentaire des Sc. méd.* 1828. — Bretonneau, *Op. cit.* — L. Bricheteau, *Précis analytique sur le croup*; Paris, 1826.

rynx. La plus puissante de toutes est l'impression de l'air froid et humide sur la peau, notamment au cou, à la nuque, au crâne et aux pieds, lorsque le corps est en sueur, après un exercice violent ou des cris répétés, ainsi qu'il arrive si souvent chez les enfans.

1615. Les vêtemens appliqués à la peau quand ils sont encore humides, l'impression du brouillard et de l'air de la nuit sur la membrane muqueuse laryngée et sur la peau; l'habitude de tenir la tête et le cou nus, ou à peine couverts, malgré les variations atmosphériques; le lavage de la tête à l'eau froide; la coupe des cheveux durant un temps froid et humide; les boissons froides et l'usage des glaces; l'habitation dans le voisinage des rivières, des lacs, des marais, de la mer, dans des chambres récemment blanchies à la chaux; l'introduction et le séjour des corps étrangers dans le larynx; les contusions et les plaies de cet organe; l'extension des phlegmasies de la bouche, des fosses nasales, du pharynx, des bronches et de la trachée; la disparition des phlegmasies de la peau, la cessation de la suppuration de ce tissu, la suppression de la sueur; enfin, les dérangemens dans les hémorrhagies accoutumées, sont autant de circonstances favorables au développement de l'inflammation du larynx.

1617. Cette phlegmasie est beaucoup plus commune chez les enfans que chez les adultes, chez les garçons que chez les filles, chez les femmes que chez les hommes. Elle a lieu quelquefois dès les premiers mois après la naissance, ordinairement

entre la première et la septième années, rarement après la huitième, plus rarement encore après l'adolescence. Elle n'est pas rare chez les personnes adonnées au chant, à la déclamation, au jeu des instrumens à vent; elle est souvent intense et ordinairement chronique chez les personnes qui crient habituellement, chez les militaires et les marins, qui, pour commander ou se faire entendre au loin, sont journellement obligés à de grands efforts de voix.

1618. L'inflammation de la membrane muqueuse du larynx est plus commune qu'on ne le pense généralement, puisqu'elle a lieu, au moins à un faible degré, dans la plupart des cas où la voix est altérée à la suite d'un refroidissement de la peau. Elle règne souvent avec la phlegmasie du reste du tube chargé de livrer passage à l'air dans les poumons, durant les hivers pluvieux, principalement lorsque l'air devient brusquement humide, après avoir été froid et sec.

1619. Elle paraît être endémique dans quelques contrées basses et humides, où la température varie subitement. Lorsqu'elle est épidémique, il ne faut pas toujours la croire aussi commune qu'on le prétend; car en pareil cas plus d'un médecin augmente de beaucoup le nombre réel de ses malades, afin de ne point paraître moins répandu que ses confrères. Ce charlatanisme n'a pas peu contribué à faire croire que le plus haut degré de la laryngite était plus commun qu'il ne l'est en réalité.

1620. Au reste, la laryngite très-intense étant une

des maladies les plus redoutables, surtout chez les enfans, elle doit appeler presque toute l'attention du médecin dès qu'elle se manifeste, et il ne faut jamais attendre qu'elle soit bien dessinée pour chercher à en arrêter les progrès.

1. De l'inflammation sur-aiguë de la membrane muqueuse du larynx.

1621. Le plus haut degré de l'inflammation du larynx est caractérisé par les symptômes suivans : douleur vive ou obtuse, brûlante et fixe, ressentie vers le larynx, et qui augmente lorsque cet organe s'élève pour la déglutition, dans l'inspiration, lorsque l'on parle, que l'on crie ou que l'on tousse; chatouillement ressenti dans le larynx; quelquefois gonflement visible au devant et sur les côtés de cet organe, et alors la douleur augmente si l'on comprime cette partie; sensation de gêne, d'embarras, d'étouffement, de suffocation imminente, qui semble provenir d'un obstacle situé à la partie supérieure du larynx; bruit sourd et étouffé ou très-sonore, ou sifflant, entendu ordinairement pendant l'inspiration surtout, quelquefois pendant l'inspiration seulement, mais aussi pendant l'expiration, et alors sonore dans l'inspiration, puis sourd dans l'expiration, ou sonore pendant l'une et l'autre; d'autres fois, sifflement peu prononcé dans l'expiration, très-souvent avec sifflement très-marqué dans l'inspiration, qui est vive et profonde; voix très-rauque, grave ou aiguë, volontairement

basse et rare, puis de plus en plus faible, et enfin nulle; toux rauque ou éclatante, grave ou aiguë, sonore ou sourde, quelquefois presque en même temps formée de deux sons, l'un grave et l'autre aigü, qui se succèdent rapidement; cette toux revient par quintes, c'est-à-dire qu'elle se répète plusieurs fois de suite, puis cesse, pour revenir et se répéter à plusieurs reprises, après quelques instans, une ou plusieurs heures d'intervalle.

Quelquefois, dit Cullen, on n'aperçoit dans l'intérieur de la gorge aucune apparence d'inflammation, mais on y remarque fréquemment de la rougeur et du gonflement : d'autres fois on y découvre une matière semblable à celle qui est rejetée par la toux.

A ces symptômes il faut ajouter : quelquefois un râle muqueux entendu dans le larynx, et entretenu par la toux, qui provoque l'expectoration, soit d'un liquide visqueux, filant, limpide et écumeux, soit d'un liquide plus consistant, gluant, tenace, pultacé, grumelé, opaque, blanchâtre, jaunâtre, verdâtre, concrescible; bien plus souvent on n'entend point de râle, ou il est peu sensible et variable, et l'expectoration fait rendre des lambeaux de matière molle ou consistante, opaque, blanchâtre, jaunâtre ou grisâtre, et membraniforme, ou disposée en portions de tube, quelquefois ramifié. Après ces lambeaux tubulés, de simples mucosités sont quelquefois expectorées; la toux diminue, puis cesse, et les autres symptômes diminuent d'intensité.

Lorsque la gêne de la respiration est considé-

rable, les lèvres sont livides ou violettes, la face est tuméfiée, rouge et luisante, les yeux sont saillans, larmoyans, injectés, la tête est renversée en arrière, les veines jugulaires sont gonflées, les mouvemens respiratoires sont brefs et fréquens; le sujet éprouve une anxiété insupportable, et s'agite dans tous les sens; sa tête est douloureuse, enfin il éprouve des convulsions, ou tombe dans l'assoupissement et l'insensibilité, et meurt.

1621. Ce tableau générique de l'inflammation sur-aiguë de la membrane muqueuse du larynx, au plus haut degré d'intensité, ne se présente pas tout-à-fait de même chez les adultes et chez les enfans.

Chez les adultes, la douleur manque moins souvent; son caractère et son siége sont mieux assignés par le sujet, ainsi que les variations qu'elle subit dans son intensité. La douleur et le sentiment de chaleur sont plus manifestes, l'étouffement se fait moins sentir; le bruit qui a lieu dans l'inspiration est moins marqué, il a surtout un caractère moins étrange; la voix est plus souvent rauque, enrouée, que sonore et glapissante; il en est de même de la toux; l'expectoration finit ordinairement par être muqueuse et abondante, très-rarement membraneuse. Enfin il arrive plus rarement que la maladie détermine la suffocation.

Chez les enfans, la douleur est rarement accusée par le sujet, mais on en est quelquefois averti par le mouvement de ses mains, qu'il porte sans cesse vers le larynx, comme pour éloigner la cause de son

malaise; on ignore presque toujours s'il éprouve de la chaleur; le gonflement extérieur est plus fréquent; le bruit de la respiration est très-prononcé, la voix et la toux offrent les caractères les plus propres à faire reconnaître la laryngite intense. Quand l'expectoration a lieu, elle provoque assez fréquemment l'expulsion de lambeaux membraniformes.

Ces différences dans les symptômes et la fréquence de la laryngite sur-aiguë chez les enfans, avaient fait voir en elle une maladie essentiellement différente de l'inflammation moins intense du larynx chez l'adulte et même dans le jeune âge; cette erreur, dans laquelle Home n'était point tombée, ne mérite plus d'être réfutée.

1622. Les symptômes de la laryngite ne sont point uniformément continus, et ils sont souvent précédés de ceux d'autres phlegmasies.

Ainsi, on les voit se manifester après les phénomènes de l'inflammation de la membrane muqueuse nasale, de la trachée ou des bronches, des amygdales, du pharynx, ou enfin de l'estomac; d'autres fois ils surviennent dans la dernière période ou au déclin des phlegmasies de la peau.

1623. Qu'ils soient précédés ou non des symptômes d'une autre maladie, ceux de la laryngite se manifestent ordinairement tout à coup, et pour l'ordinaire pendant la nuit.

Le sujet est éveillé par un sentiment de gêne dans la respiration, de sécheresse à la gorge, de chatouillement au larynx, et de la toux; la voix est al-

térée, l'inspiration est sifflante ; en un mot les symptômes indiqués plus haut se manifestent avec une intensité qui n'est pas la même dans tous les cas : tantôt ils diffèrent à peine de ceux de l'inflammation des bronches, tantôt ils sont assez fortement dessinés pour que déjà la réalité de celle du larynx ne soit plus douteuse. Dans le premier cas, dès la première nuit, ou le lendemain, les symptômes acquièrent l'intensité et le caractère qui annoncent clairement la phlegmasie du larynx ; dans le second cas, ils continuent à se manifester, augmentent d'intensité ou diminuent, et souvent les plus caractéristiques cessent tout-à-fait; mais ce calme est de peu de durée, la voix reste ordinairement altérée, et (quelques heures après) le lendemain matin ou le soir, un et même plusieurs jours après, les symptômes reparaissent avec encore plus de violence, et l'on ne peut plus méconnaître la nature ni le siége du mal. Dans un assez grand nombre de cas, ces alternatives se répètent plusieurs fois, surtout à l'instant où le sujet s'endort, sans cause apparente, ou à la suite de l'expectoration de matières muqueuses ou de lambeaux membraniformes; le sujet semble revenir à la santé, jusqu'à ce qu'enfin les phénomènes reparaissent, persistent dans toute leur intensité, et que le mal s'accroisse sans relâche.

1624. L'état du pouls varie selon les instans; il est en général vif et fréquent durant les accès, souvent naturel dans les intervalles, petit, serré, intermittent quand les symptômes sont très-intenses.

La peau est chaude et colorée par suite des efforts de toux.

1625. Quand l'inflammation du larynx est parvenue au plus haut degré d'intensité, chez les enfans, le plus souvent la mort en est le résultat, rarement en quelques heures, quelquefois le premier ou le deuxième jour, ordinairement le troisième ou quatrième, presque toujours avant le septième, rarement du huitième au douzième, plus rarement encore du douzième au vingt-troisième. Chez les adultes, la mort est rarement l'effet de la laryngite, parce que chez eux cette phlegmasie arrive rarement au plus haut degré d'intensité, et aussi parce qu'à leur âge la glotte est plus ample que chez les enfans.

1626. L'inflammation sur-aiguë du larynx est ordinairement compliquée de l'inflammation de la trachée, qui même la précède souvent; l'une et l'autre sont souvent aussi précédées de la bronchite, et accompagnées de la gastrite, surtout après un traitement interne irritant.

Il résulte des observations de Bretonneau, que l'inflammation des amygdales de l'isthme du gosier et du pharynx précède la laryngite sur-aiguë plus fréquemment qu'on ne le croyait généralement, et que, par conséquent, il importe plus qu'on ne l'aurait cru d'arrêter les progrès des phlegmasies de la bouche, surtout chez les enfans, dans l'espoir d'empêcher que l'inflammation ne se propage au conduit aérien.

2. De l'inflammation aiguë du larynx.

1627. Les phénomènes de l'inflammation aiguë du larynx ne sont pas toujours aussi intenses qu'on vient de le voir dans la section précédente. Chez les adultes surtout, il est assez peu commun de les voir arriver au dernier degré de violence, et lors même que la phlegmasie est assez forte pour faire périr le sujet, on n'observe pas toujours dans l'inspiration, la voix et la toux, des nuances aussi caractéristiques de la laryngite que celles qui viennent d'être décrites.

1628. Dans les cas où les signes de la laryngite se rapprochent de ceux de la trachéite et surtout de la bronchite, la mort est bien moins à redouter, chez les adultes du moins, car chez les enfans on doit à chaque instant craindre que la phlegmasie du larynx n'arrive tout-à-coup au degré le plus redoutable, et ne fasse périr le sujet, laissant au médecin le regret d'avoir accordé trop de confiance à la bénignité trompeuse des symptômes.

1629. Il n'est pas rare que l'inspiration devienne sifflante, la voix et la toux rauques, chez des personnes affectées de bronchite; ces symptômes annoncent que l'inflammation s'étend au larynx, sans que pour cela on doive toujours craindre pour leur vie, lorsque d'ailleurs il ne se manifeste aucun symptôme de suffocation imminente. Cette laryngite peu intense ne diffère au reste que par le degré, et par la disposition des sujets, de celle qui entraîne

la mort après elle. Il est commun de la voir passer à l'état chronique, ou du moins durer cinq à six semaines.

3. De l'inflammation intermittente du larynx.

1630. Il n'est pas démontré que l'inflammation du larynx puisse être intermittente, car le mot de *démonstration* n'est applicable que là où se trouve l'évidence, mais lorsque l'on voit la presque totalité, quelquefois même la totalité des symptômes de la laryngite la plus intense cesser momentanément, et le sujet, qui presque toujours est un enfant, revenir à ses jeux et n'offrir pendant plus ou moins de temps aucun phénomène de l'inflammation du conduit aérien, on est bien tenté de croire que ce calme passager est dû à la cessation de l'état inflammatoire.

4. De l'inflammation chronique du larynx.

1631. L'inflammation sur-aiguë du larynx ne peut passer à l'état chronique qu'en perdant toute sa violence; dans la presque totalité des cas, le sujet périt ou se rétablit promptement. Quelquefois néanmoins l'inflammation s'amortit et se prolonge manifestement, ainsi que le prouve le fait suivant.

Un habitant de Grodno, âgé de trente ans, éprouva de l'enrouement, avec douleur au larynx, toux sonore, voix glapissante, suffocation imminente, crachats puriformes, maigreur, fréquence du pouls, chaleur de la peau, gêne de la déglutition, sans

lésion visible de l'arrière-bouche. Cet état fut attribué à un refroidissement contracté pendant la marche. Du mercure ayant été administré, la maladie s'aggrava, quatre semaines s'écoulèrent, le sujet eut vainement recours à divers moyens; enfin, au commencement du neuvième mois, il toussa fortement, et expectora une couche membraniforme de trois pouces de longueur, sur un pouce de largeur, et dès-lors il fut délivré de toute incommodité. (*J. Frank.*)

Struve, Home, Vieusseux, Sachse, Jackson, Hall et Lawrence, ont observé des faits analogues. Nous avons vu un enfant qui, depuis dix-huit mois, éprouvait, surtout la nuit, une toux rauque, et un sifflement dans l'inspiration tellement bruyant que les voisins en étaient alarmés; il mourut tout à coup, le lendemain du soir où nous le vîmes, et il ne nous fut pas permis d'ouvrir le cadavre. Laennec a vu un sujet expectorer une couche membraniforme, après une toux légère qui était demeurée sèche pendant deux mois; il existait en outre une suppuration du corps thyroïde.

1632. L'inflammation aiguë modérée du larynx passe quelquefois à l'état chronique, chez les adultes encore plus que chez les enfans (1). Plus souvent l'inflammation chronique de cet organe s'établit peu

(1) *Phthisie laryngée.* — Borsieri, *Inst. med.*, t. IV. — Double, *sur la phthisie laryngée*, dans le *Journal de médecine*, t. XI. — Sauvée, *Recherches sur la phthisie laryngée*. Paris, 1808. — J. Frank, *Prax. med. præc.*, t. II.

à peu, sans débuter par l'état aigu. J. Frank a observé plus de soixante cas de cette phlegmasie, et lui seul l'a décrite complétement.

1633. L'inflammation chronique du larynx s'annonce ordinairement par un enrouement opiniâtre et un ronflement inaccoutumé dans le sommeil; il s'y joint un sentiment de chatouillement, de démangeaison, de chaleur, de sécheresse vers le larynx, et quelquefois la sensation de la présence d'un corps étranger dans cet organe. De temps à autre survient une toux brève, sonore, qui oblige à lever la tête, et accompagnée d'une douleur brûlante et fixe vers le larynx, quelquefois d'un seul côté de cet organe. Les crachats sont copieux, écumeux, diffluens comme la salive, avec des stries ou de petites masses puriformes; ils gagnent le fond du vase; parfois ils sont expectorés sans douleur, ils sont quelquefois fétides, rarement teints de sang. J. Frank y a vu des concrétions pierreuses, des lambeaux membraniformes, Hunter la base du cartilage cricoïde, Tulp un morceau de noisette. Du sang pur et parfois abondant est moins rarement expectoré, après une chaleur vive, ressentie dans l'organe, et avec soulagement subséquent. Tôt ou tard l'enrouement augmente, la parole, interrompue par la toux, est laborieuse; elle finit par devenir creuse, et semble pour ainsi dire sortir d'une caverne, elle est chaque jour de plus en plus basse et de moins en moins intelligible; les paroles finissent par ne plus pouvoir être comprises qu'en raison du mouvement des

lèvres. La déglutition est douloureuse, et parfois elle provoque un sentiment de suffocation. Une parcelle d'alimens et même une gorgée de liquide provoque une toux cruelle et prolongée, qui va jusqu'à faire rejeter les substances avalées. La déglutition de la salive excite elle-même des angoisses, et provoque une douleur qui, du gosier, s'étend jusqu'à l'oreille correspondante, si le larynx est affecté d'un seul côté, et qui souvent est accompagnée d'un bruissement incommode. L'arrière-bouche, à cela près de quelque rougeur et quelquefois de la dilatation des veines de cette partie, n'offre rien de morbide. La pression, exercée sur le larynx, est pénible; cet organe proémine, et semble être entouré d'une légère tumeur.

Le sujet éprouve des frissons après midi, de la chaleur le soir, des sueurs avec soif la nuit; le pouls est fréquent, serré; l'urine dépose un sédiment puriforme, et parfois les selles sont copieuses, aqueuses, répétées; les forces musculaires diminuent; les pieds enflent, le corps maigrit, notamment aux membres supérieurs.

Souvent alors des symptômes de phlegmasie chronique du poumon se manifestent, remplacent ceux de l'inflammation chronique du larynx, et le sujet périt au milieu de ce nouvel ordre de symptômes. D'autres sujets continuent à ne présenter que les phénomènes de cette dernière phlegmasie; quoiqu'ils éprouvent de la difficulté dans la respiration lorsqu'ils montent un escalier, ils se couchent indifféremment sur les deux côtés. Comme dans le

plus haut degré de la laryngite aiguë, ceux-ci sont tourmentés par un étouffement, avec inspiration profonde et sonore, expiration sonore et sifflante; ils s'efforcent de porter le larynx en avant avec les doigts; la face est livide, couverte d'une sueur froide; les yeux saillans sont hors des orbites; ils invoquent du secours, ils fuient le lit, ou plutôt le coucher sur le dos, frappent du pied, et malgré de courts intervalles, ils finissent par périr suffoqués.

1634. La laryngite chronique n'est pas moins redoutable que la laryngite sur-aiguë, car, si elle ne cause la mort que lentement et seulement après plusieurs mois, souvent une, deux, trois, cinq, et même dix ou quinze années, elle est encore plus sûrement mortelle lorsqu'elle n'est point traitée convenablement.

5. De l'inflammation partielle du larynx.

1635. On doit considérer comme inflammation partielle du larynx l'inflammation de l'épiglotte (1), s'il est vrai que cette partie soit jamais enflammée seule, ce qui, du reste, n'est nullement impossible. Une douleur brûlante ressentie derrière la base de la langue, l'empâtement de la voix, la gêne de la déglutition, le rejet du bol alimentaire et des boissons à l'instant où l'on croit qu'ils vont enfin franchir l'isthme du gosier : tels sont les symptômes qui

(1) *Epiglottite. Angine épiglottique*

font présumer cette phlegmasie, et qui la caractérisent assez sûrement, quand d'ailleurs on ne remarque aucune rougeur au voile du palais, à ses piliers ni au pharynx.

1636. Il est probable que certains symptômes de l'inflammation du larynx se rattachent plus particulièrement à l'état inflammatoire de la portion de membrane muqueuse qui tapisse les ventricules de cet organe et qui revêt les cordes vocales; mais on en est réduit à des conjectures sur ce point.

Blaud pense que lorsque l'inflammation a son siége au-dessus de la glotte, il y a peu de gêne dans la respiration, l'inspiration est peu sifflante, la voix n'est point aiguë, elle n'est que rauque, la toux elle-même est rare ou nulle; tandis qu'au contraire, selon lui, lorsque l'inflammation est située au dessous de la glotte (1), on observe tous les symptômes qui ont été indiqués comme caractères de la laryngite sur-aiguë, et dont plusieurs sont dus, au moins en partie, au spasme des muscles constricteurs du larynx.

Cette distinction est fort importante à retenir, quoique dans la nature elle soit rarement bien tranchée.

1637. Les traces que l'inflammation sur-aiguë et l'inflammation chronique laissent dans le larynx sont à peu près les seules que l'on connaisse, puisque la mort n'a point lieu par suite d'une laryngite peu intense, à moins d'une complication

(1) *Glottite.*

grave, mais dans ce dernier cas la laryngite diminue fort souvent avant la fin de la vie.

1638. Les altérations que l'on trouve dans les cadavres, après la laryngite en général, sont :

A. A la membrane muqueuse :

1° La *coloration en rouge*. Elle se montre pour l'ordinaire sous forme de pointillé, avec quelques stries vasculaires ; les villosités sont rouges et plus saillantes que de coutume. Plus la maladie a été violente, plus la rougeur est vive, uniforme et étendue; si sa durée a été de quelques jours, la la membrane est colorée en rouge clair ou en rose, et ses vaisseaux sont dilatés ; si la mort s'est fait attendre davantage, ou n'est point survenue pendant la violence de l'inflammation, la rougeur est plus marquée, elle ne s'étend qu'à une partie de la membrane, et même il n'est pas rare de trouver celle-ci à peu près dans son état naturel.

Lorsque la mort a été la suite de maladies qui compliquaient l'inflammation aiguë du larynx, on trouve encore la membrane muqueuse de cet organe colorée en rouge, si la phlegmasie a persisté assez long-temps et a été assez intense, malgré la souffrance des autres organes.

La coloration en rouge se retrouve aussi à la suite de l'inflammation chronique du larynx ; mais alors elle est toujours partielle, excepté le cas d'un redoublement aigu de la phlegmasie.

2° La *coloration en gris ardoisé*. On l'observe à

la suite de l'inflammation chronique du larynx, jamais chez les sujets qui ont succombé à une phlegmasie aiguë de cet organe. On la trouve aussi quelquefois chez des personnes qui sont mortes d'une autre maladie, mais qui éprouvaient une toux quelquefois sifflante, et des picotemens gênans au larynx.

3° La *coloration en noir* est fort rare, et ne s'observe guère qu'après la phlegmasie chronique du larynx avec redoublement aigu violent et phlegmasie aiguë simultanée des organes voisins.

4° L'*épaississement*. Il n'est pas rare à la suite de la laryngite aiguë, mais il est peu considérable et moins fréquent qu'on ne serait porté à le supposer. Toutefois l'endroit où il est le plus manifeste est ordinairement au voisinage de la glotte, et c'est là précisément qu'il nuit davantage, en rétrécissant l'orifice par lequel l'air s'introduit dans le conduit respiratoire.

5° L'*induration*. Elle est ordinairement peu marquée; le plus souvent elle n'a point lieu; la membrane est plutôt mollasse et boursoufflée, sans toutefois être ramollie.

6° Le *ramollissement*. Il n'a guère lieu que dans la laryngite chronique, et seulement sur quelques points où se prépare l'ulcération.

7° Le *développement des glandes muqueuses*. Il a lieu assez souvent à la suite de la laryngite aiguë; du moins Cheyne, Albers et Caillau l'ont observé.

8° L'*ulcération*. Elle n'a guère été observée après

la laryngite aiguë, si ce n'est sous forme d'érosions peu étendues et superficielles, sous-jacentes aux couches membraniformes dont il sera bientôt fait mention. Mais, après la laryngite chronique, on trouve souvent la membrane muqueuse laryngée ulcérée.

Chez cent-deux sujets dont les poumons étaient tuberculeux, Louis (1) a observé vingt-deux fois des ulcères du larynx, qui par conséquent étaient moins communs que ceux de la trachée-artère; deux fois seulement, le larynx était ulcéré sans que celle-ci le fût.

Ces ulcères étaient ordinairement profonds, irréguliers, d'une à dix lignes de diamètre, à bords durs, quelquefois d'apparence lardacée, grisâtres ou blanchâtres; ils étaient rarement superficiels et à bords coupés droit.

On les voyait surtout à la réunion des cordes vocales, à la partie postérieure de celle-ci, à la base des cartilages aryténoïdes, à la partie supérieure du larynx, ou enfin et le plus rarement, à l'intérieur des ventricules où Louis a trouvé, une seule fois, un seul ulcère petit et superficiel. Quelquefois une ou les deux cordes vocales étaient détruites, et la base des cartilages aryténoïdes à découvert, mais sans altération.

L'enrouement avait eu lieu chez les quatre cinquièmes des sujets, la douleur avait souvent manqué quand les ulcères étaient superficiels; elle s'é-

(1) *Recherches sur la phthisie*, Paris, 1825; in-8°.

tait toujours fait sentir et souvent elle avait été continue quand les ulcères étaient profonds ; la voix, de plus en plus faible, avait fini par s'éteindre vingt ou trente jours, un ou deux mois avant la mort, quand les ulcères étaient profonds et les cordes vocales en partie ou en totalité détruites.

Lorsque la douleur se faisait vivement sentir, elle était piquante, lancinante, accompagnée de chaleur; les sujets la comparaient à celle que causerait une plaie; des filets de sang avaient été vus dans les crachats qui semblaient se détacher de l'endroit douloureux; cette douleur, ajoute Louis, et cette remarque est importante, cette douleur était augmentée par la toux et par l'exercice de la voix, la toux était comme déchirée et sifflante.

Sur cent quatre-vingt sujets dont les poumons n'étaient point tuberculeux, Louis n'a trouvé le larynx ulcéré que deux fois, dont une avec ulcération de la trachée-artère.

Nous n'avons observé qu'une seule fois l'ulcération du larynx, chez un sujet dont le poumon n'était point malade; l'ulcération s'était étendue jusqu'aux cartilages, qui étaient en partie détruits, en partie ossifiés. Cette altération remontait à une ancienne inflammation aiguë du larynx, suite de violens efforts de voix et de l'action de l'humidité sur la peau, qui était passée à l'état chronique, et qui finit par déterminer la mort du sujet.

9° La *perforation* est le résultat nécessaire des ulcères de la membrane muqueuse du larynx, quand l'inflammation chronique de ce tissu dure assez long-

temps pour qu'elle puisse avoir lieu; la cavité du larynx communique alors avec une cavité accidentelle qui a lieu dans le tissu cellulaire sous-muqueux, entre la membrane muqueuse et les cartilages ou les ligamens du larynx.

10° La *destruction* partielle de la membrane muqueuse du larynx n'est pas rare après la laryngite chronique, lorsque celle-ci a duré fort longtemps; elle est d'ailleurs toujours peu étendue.

11° Des *excroissances* verruqueuses, condylomateuses, polypeuses, ont été trouvées adhérentes à la surface de la membrane muqueuse du larynx par Lieutaud et Biermayer.

12° Diverses *matières* sont ordinairement contenues dans la cavité du larynx, après l'inflammation de cet organe. Ces matières sont des mucosités limpides, une matière puriforme, ou des couches membraniformes.

a. On trouve dans le larynx des *mucosités limpides* chez des sujets qui n'ont point éprouvé d'inflammation de cet organe; la présence de ces mucosités ne peut être attribuée à un état de phlegmasie que lorsque pendant la vie on a observé des symptômes de laryngite, ou lorsque l'on trouve la membrane muqueuse laryngée colorée en rouge. Quelquefois, en effet, quoique tous les phénomènes de la laryngite aient été observés avant la mort, on ne découvre que des mucosités, et point de rougeur, dans le larynx, ce qui ne doit pas empêcher de reconnaître qu'elles ont été produites par l'inflammation. Au reste, quand la mort a lieu par suite de l'in-

flammation du larynx, il est rare qu'on n'y trouve que des mucosités limpides, tandis que c'est le seul produit matériel de cette phlegmasie lorsqu'elle est peu intense, et que la mort est déterminée par une autre maladie concomitante.

Le râle muqueux entendu dans le larynx est un signe non équivoque de la présence des mucosités dans cet organe.

Dans certains cas, dit Blaud, ce râle ne survient que quelque temps après l'invasion de la maladie; dans d'autres cas il est nul ou peu sensible; on distingue aisément, à la mobilité de la matière amassée dans le larynx, et par la facilité qu'ont les bulles d'air à éclater, que le liquide est peu consistant; enfin on n'entend point de râle dans la poitrine, à moins que les bronches ne soient affectées en même temps.

b. On ne trouve quelquefois dans le larynx qu'un liquide *puriforme*, opaque, jaunâtre, verdâtre, après la laryngite aiguë. La présence de ce liquide indique que l'inflammation a été plus intense que dans le cas où l'on ne trouve que des mucosités limpides. Dans la presque totalité des cas, la membrane muqueuse laryngée est sensiblement colorée en rouge. Ce liquide est plus commun que les mucosités à la suite des laryngites aiguës qui déterminent la mort; on ne le trouve jamais sans que le larynx, ou tout autre partie du conduit aërien, ait été enflammé.

Ce liquide est formé de mucus et d'albumine, selon Blaud.

Le râle muqueux annonce la présence du liquide

puriforme dans le larynx, comme celle des mucosités limpides; mais ce râle, dit Blaud, produit alors une sensation qui donne l'idée d'un liquide plus consistant que de simples mucosités, et l'on sent tout l'obstacle que l'air éprouve à surmonter la résistance qu'il lui oppose; les bulles que l'on entend se dégager sont plus volumineuses, et elles crèvent avec un son presque étouffé; enfin ce râle est rare ou même nul si la matière est très-épaisse; il est peu fort et sifflant, et sans dégagement de bulles, quand la matière est peu abondante, et alors il ne se fait entendre que dans l'expiration, et la respiration n'est évidemment pas gênée.

c. Quand la mort a été le résultat de la laryngite aiguë, on trouve le plus ordinairement, surtout chez les enfans, une *couche membraniforme*, qui revêt intérieurement le larynx, cache la membrane muqueuse de cet organe, et se prolonge ordinairement dans la trachée, quelquefois jusque dans les bronches. Jamais cette couche n'a lieu sans que le larynx ait été enflammé : dans la presque totalité des cas, la membrane muqueuse sous-jacente est pointillée, striée de rouge, et ses vaisseaux sont injectés.

Si l'on examine avec soin cette couche membraniforme, lorsqu'elle est très consistante, on la trouve formée de petits corps arrondis, d'un blanc mat, séparés par des intervalles demi-transparens. Quand elle a moins de consistance, les globules sont disposés de manière à lui donner l'aspect fibreux ou lamelleux. Elle est ordinairement formée de plusieurs couches, d'autant plus nombreuses que

la mort a été tardive. Son étendue est toujours en rapport avec celle de la région muqueuse enflammée, et son épaisseur ainsi que sa consistance sont en raison de la durée et de la violence de la phlegmasie. Elle adhère plus ou moins à la membrane muqueuse, selon que l'inflammation a été plus ou moins vive, plus ou moins rapide dans sa marche. Mais, à cause de ces diverses circonstances, elle est souvent d'une épaisseur et d'une consistance inégales, et plus ou moins adhérente dans divers points de son étendue.

Quand elle est entière, elle adhère ordinairement aux bords de la glotte; mais souvent sa partie supérieure a été détachée par les efforts de toux, et ensuite expectorée, de telle sorte que la partie moyenne ou seulement la partie inférieure du larynx s'en trouve tapissée. Souvent on n'en rencontre que des lambeaux inégaux, adhérens ou flottans au milieu du liquide puriforme ou des mucosités. Parfois toute la couche membraniforme qui revêtait le larynx s'est détachée, a été expectorée par lambeaux ou entière, et l'on n'en trouve plus de traces, si ce n'est dans la trachée, quand celle-ci a participé à l'inflammation, ce qui a lieu dans la plupart des cas.

Cette couche est tantôt épaisse, molle et peu consistante, tantôt sèche, résistante et mince. Elle est d'un blanc sale ou jaunâtre, quelquefois grisâtre, rarement striée de rouge, ou même sillonnée de vaisseaux très-fins, dans lesquels l'injection pénètre quelquefois, disent Bréra et Ribes. Sœmmerring

possède des préparations qui tendent à prouver qu'elle peut s'organiser.

Son côté adhérent à la membrane muqueuse laryngée s'en isole quelquefois avec beaucoup de difficulté, et après qu'elle en est détachée, on voit des gouttelettes de sang suinter à la surface de celle-ci, qui offre toujours de nombreux points et stries rouges.

Elle est découpée irrégulièrement, frangée ou terminée brusquement, mince ou épaisse à sa terminaison inférieure.

Elle est formée en grande partie d'albumine, selon Schwilgué.

Le sifflement de l'inspiration, la voix rauque et la toux creuse ont été donnés comme signes non équivoques de la présence de cette couche dans le larynx, et il en est ainsi dans le plus grand nombre de cas. Cependant, après ces symptômes, on ne trouve quelquefois que du liquide puriforme, ou même seulement des mucosités limpides, dans le larynx; et l'on a quelquefois rencontré une couche membraniforme dans cet organe, quoique ces symptômes ne se fussent pas manifestés, au moins d'une manière bien marquée, mais ces deux derniers cas sont les plus rares.

Blaud pense avoir entendu une sorte de claquement, un léger bruit de soupape, dans le larynx, chez un sujet qui présentait les signes de la laryngite aiguë, et il attribue ce bruit au flottement d'un lambeau de couche membraniforme qui, alternativement, était soulevé et réappliqué à la membrane, selon que l'air sortait du larynx ou y entrait.

d. Il n'est pas rare de trouver à la fois dans le larynx des mucosités et du liquide puriforme, du liquide puriforme et une couche membraniforme, ou ces trois produits rassemblés.

A la suite de l'inflammation chronique du larynx, on ne trouve aucun liquide, ou l'on ne trouve que des mucosités ou du pus, et parfois les débris des cartilages, ou enfin des corps étrangers, tels que des parcelles calcaires, gypseuses ou métalliques, un noyau, etc., dont la présence prolongée dans cet organe a déterminé l'inflammation.

B. Au tissu cellulaire sous-muqueux, aux muscles et aux cartilages.

Lorsque l'inflammation de la membrane muqueuse du larynx a déterminé la mort, sans dépasser l'état aigu, on ne trouve rien de remarquable dans le tissu cellulaire sous-muqueux; mais quand cette membrane a été le siége d'une phlegmasie chronique intense, on le trouve épaissi et endurci, ou épaissi et mou, spongieux, infiltré de pus, ou formant les parois d'une cavité remplie de cette matière. Alors les parties musculaires voisines sont pâles, amincies, baignées de pus; les cartilages cricoïde (*Biermayer, J. Frank*), thyroïdes (*Schoenbach, Bell*), aryténoïdes (*Bedingfield*) sont ulcérés, perforés dans un point, parfois ossifiés dans un autre, dans leur totalité (*Coitier, Colombo, Riolan, Sandifort*), et les parties molles réduites en un putrilage exhalant une odeur infecte.

Lorsque l'ulcération, la perforation, la destruction, s'étendent à toute l'épaisseur d'un point des parois du larynx, il en résulte quelquefois la communication de la cavité de cet organe avec le pharynx, ainsi que l'a observé J. Frank.

1639. L'état de l'*épiglotte* doit être pris en considération.

A la suite de la laryngite aiguë, elle est quelquefois sans aucune trace d'inflammation ; d'autres fois on la trouve rouge, épaissie, couverte de mucosités, revêtue d'une couche membraniforme très-mince ; souvent des lambeaux irréguliers de la couche membraniforme du larynx sont fixés a sa face inférieure.

A la suite de la laryngite chronique, J. Frank a trouvé, dans cinq cadavres, l'épiglotte ulcérée ; dans beaucoup d'autres, elle n'offrait que des érosions ; chez un sujet, elle était réduite à moitié par l'ulcération ; Cummen et Bell l'ont trouvée entièrement détruite ; Morgagni l'a vue couverte de cicatrices et d'autres fois perforée ; Bonet et Bruning l'ont trouvée épaissie et endurcie ; Paaw, ossifiée.

Lorsque l'épiglotte est en partie détruite, la déglutition est toujours difficile et finit par devenir impossible, selon J. Frank, Hopfengærtner, Thomann et Tozzetti : trois mois avant de succomber, un sujet chez lequel Frank a observé cette altération pouvait à peine avaler une goutte d'eau ou de lait; il mourut dans le désespoir.

1640. Chez des sujets dont les poumons étaient

tuberculeux, Louis a observé dix-huit fois des ulcères de l'épiglotte, dont cinq fois seulement sans ulcères du larynx et de la trachée-artère.

Ces ulcères occupaient presqu'uniquement la surface laryngée de l'épiglotte, et le plus ordinairement la moitié inférieure de cette surface; une seule fois Louis en a trouvé à la surface laryngée de l'épiglotte. Ils étaient quelquefois superficiels, ordinairement profonds; le tissu cellulaire qui formait leur plancher était souvent boursoufflé. Deux fois ce tissu étant détruit, le fibro-cartilage servait de fond à l'ulcère; leur largeur était d'une à deux lignes et davantage; quelquefois une teinte rosée les entourait. Trois fois la membrane muqueuse manquait sur toute la face laryngée de l'épiglotte; chez quatre sujets le fibro-cartilage était détruit dans une partie de sa circonférence; l'épiglotte était comme festonnée, une seule fois elle était entièrement détruite.

Cet auteur indique comme symptômes des ulcères de l'épiglotte, une douleur fixe, continue, piquante, à la partie supérieure ou immédiatement au dessus du cartilage thyroïde, augmentant par les mouvemens du cou et du pharynx, la gêne de la déglutition, surtout pour les solides qui finissent par ne plus pouvoir être avalés, et la sortie des boissons par le nez, le pharynx et les amygdales étant d'ailleurs parfaitement sains; la douleur qui vient d'être indiquée en est quelquefois le seul symptôme.

1641. L'état de la *glotte*, à la suite de la laryngite, mérite beaucoup d'attention. Il semble qu'on

devrait la trouver toujours fort *resserrée*, souvent même *oblitérée*, mais il n'en est pas ainsi. A la vérité, elle a été quelquefois trouvée tellement réduite qu'elle n'avait plus qu'un *quart de ligne* de diamètre, s'il faut en croire Gœlis, et il arrive fréquemment qu'on la trouve *obstruée*, sinon oblitérée par la couche membraniforme, par les lambeaux de cette couche, ou par une matière puriforme, ainsi que l'a observé Home; mais Kuhn et Haase l'ont trouvée *dilatée*, plus ample que de coutume, sans doute par suite d'une conformation primitive, ce qui ne rend pas cette circonstance moins digne de remarque.

1642. L'ouverture de la glotte est quelquefois rétrécie de beaucoup, par suite du gonflement œdémateux de ses bords qui sont, dit F. Bayle, épaissis, blancs et comme tremblottans; ils forment un bourrelet plus ou moins saillant et très-infiltré d'une sérosité, quelquefois purulente, qu'il est difficile de faire écouler, même en comprimant entre les doigts une portion de la membrane, à laquelle on fait plusieurs incisions; le tissu cellulaire sous-muqueux, extrêmement dense, retient le liquide dans un réseau très-serré, dont il semble que les aréoles ne communiquent point ensemble. Les bords de la glotte sont disposés de telle manière que toute impulsion venant du pharynx les renverse dans l'ouverture, qu'ils bouchent plus ou moins complètement, tandis que toute impulsion qui vient de la trachée les repousse sur les côtés de cette même ouverture qui devient très-libre. La glotte est ar-

rondie, extrêmement rétrécie, réduite à la moitié ou au quart de ses dimensions ordinaires (1).

Cet état de la glotte est ordinairement accompagné de traces d'inflammation de l'épiglotte, du larynx lui-même, des amygdales et du pharynx, des bronches, et quelquefois du poumon. Néanmoins, Bayle et Thuilier pensent qu'il peut se développer indépendamment de toute inflammation, et ce dernier lui assigne pour caractères les phénomènes suivans.

Au début, sentiment de malaise, gêne plutôt que douleur dans le larynx, expiration forte et sonore, pour expulser les mucosités qui semblent obstruer cet organe, mouvement de déglutition, comme pour avaler un corps étranger, voix rauque, ou telle qu'on l'entend lorsqu'on parle bas en aspirant; au bout de deux ou trois jours, efforts multipliés pour débarrasser le larynx, crachats glaireux, voix plus rauque ou éteinte, respiration peu à peu bruyante, bruit particulier dans l'inspiration; après quelques jours, tout à coup sentiment de suffocation plus ou moins fort, qui dure de cinq ou six minutes à un quart d'heure, et pendant lequel la tête est portée en arrière; respiration très-difficile et bruyante, expiration très-facile; après l'accès, respiration un peu plus libre, mais souvent encore plus gênée

(1) *OEdème de la glotte, angine œdémateuse.* — F. Bayle, *Mémoire sur l'œdème de la glotte*, 1819. — Thuilier, *sur l'OEdème de la glotte*, Paris, 1815. — Bouillaud, *sur l'œdème de la glotte.*

qu'avant l'accès. Nouvelles suffocations de plus en plus en plus pénibles, de plus en plus rapprochées, et respiration de plus en plus gênée et plus bruyante dans les intervalles qui les séparent, surtout pendant le sommeil; calme momentané, pendant lequel la voix est moins rauque, moins éteinte; puis retour du sentiment de suffocation; diminution de l'appétit; irrégularité du pouls, accès violens de suffocation, qui obligent le sujet à rester sur son séant, avec tous les symptômes d'un obstacle à la respiration dans le conduit aérien, et durant lequel le pouls est inégal, quelquefois intermittent. Si l'on place un corps solide entre les dents, que l'on porte le doigt indicateur le long de la partie moyenne de la langue, jusqu'à sa base, et que de là, passant sur l'épiglotte, on en place la pulpe sur la glotte, on y reconnaît par le toucher une tumeur molle, une espèce de bourrelet. Les accès de suffocation devenant de plus en plus violens, le sujet finit par périr, mais ordinairement dans un des intervalles qui les séparent, et quoique l'air semble alors pénétrer plus facilement dans le larynx.

Rien, dans ces symptômes, n'autorise à supposer qu'aucune inflammation, même légère, ne précède et n'accompagne le développement de l'œdème de la glotte; ils offrent une trop frappante analogie avec ceux de la laryngite pour qu'on la méconnaisse. Le calme du pouls et la conservation de l'appétit, dans les premiers temps de la maladie n'excluent pas la réalité d'une phlegmasie, à la vérité souvent peu intense dans les cas décrits par Thui-

lier, mais bien manifeste dans ceux qui ont été rapportés par Bouillaud.

1643. Outre ces diverses altérations, on trouve encore, dans les cadavres des sujets affectés de laryngyte aiguë, les traces de l'inflammation de la trachée qui l'accompagne presque toujours, de celles de l'arrière-bouche, des bronches, du poumon, du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac, des intestins qui la compliquent souvent; et les marques de l'afflux du sang vers l'encéphale, de la rétention de ce liquide dans les cavités droites du cœur et les gros vaisseaux veineux, qui ont lieu dans la presque totalité des cas; enfin la face est bouffie, livide, les yeux sont saillans, les veines du cou gonflées, le sang ruisselle de ces parties quand on les incise, comme dans tous les cas où la mort est l'effet d'un obstacle à la respiration dans le conduit aérien; les pieds et les mains sont tuméfiés quand l'agonie a été fort longue. A la suite de la laryngite chronique, on observe fréquemment des traces de l'inflammation de la trachée, de l'œsophage et parfois du poumon.

1644. Que penser des auteurs qui donnent le nom de *croup* à la laryngite aiguë des enfans et des adultes, quand elle est accompagnée de la formation d'une couche membraniforme, et celui de *phthisie laryngée* à la laryngite chronique, quand l'accélération de la circulation, les sueurs et le marasme s'y joignent? Ces dénominations doivent être rejetées, car si elles ne signifient autre chose que *laryngite aiguë avec couche membraniforme* et *laryngite chronique avec dépérissement*, elles n'ont

d'autre mérite que leur brièveté, qui ne compense point les inconvéniens de dénominations sans rapport avec le siége ou la nature du mal; et si elles présentent d'autres idées que celles de variétés de l'inflammation aiguë ou chronique du larynx, elles tendent à induire en erreur: mieux vaudraient encore les noms de *laryngite pelliculaire* et de *laryngite consomptive*, si toutefois il pouvait être utile de donner des noms spéciaux aux variétés d'une même maladie.

§ II. De la présence des poisons, des corps étrangers et des hydatides dans le larynx.

1645. Les *poisons* liquides ne sont guère introduits dans le larynx que par d'aventureux praticiens dont la terre couvre les fautes, et par les physiologistes dans leurs expériences sur les animaux. Mais des poisons gazeux de toutes sortes, des vapeurs délétères et des émanations morbifiques pénètrent trop souvent avec l'air dans le larynx. Ce serait ici le lieu d'en parler, si, pour éviter les répétitions, et parce que nous les avons indiqués comme causes de l'inflammation du larynx, nous ne préférions renvoyer ce que nous avons à en dire, sous le rapport de la respiration, après avoir traité des maladies des bronches, puisque c'est surtout dans les ramifications de celles-ci que se passent les principaux phénomènes dus à l'introduction des gaz, vapeurs et émanations délétères dans les voies respiratoires, ainsi qu'aux modifications insolites ou à la soustraction de l'air.

1646. Les *corps étrangers*, tels que les boissons, les alimens, la poussière, la fumée, les insectes, qui pénètrent dans le larynx, y déterminent pour la plupart une vive irritation, qui provoque la toux, le vomissement, et par suite leur expulsion.

Le sang, le mucus, le pus, provenant des fosses nasales, de la bouche où de l'aorte ouverte dans le conduit aérien, tendent parfois aussi à s'y introduire, mais ils en sont promptement chassés quand ils ne sont pas trop abondans.

Lacretelle a vu la suffocation être l'effet du séjour d'une sangsue dans le larynx; cet animal y fut trouvé après la mort; il avait été introduit dans la bouche avec l'eau que le sujet avait bue (1).

Des noyaux de cerises, des haricots introduits dans le larynx, ont déterminé une inflammation chronique dont la cause restait ignorée jusqu'après la mort.

1647. A l'ouverture des cadavres, on trouve quelquefois dans le larynx des *vers* qui s'y sont introduits par la glotte après la mort ou pendant la vie à la faveur d'une perforation commune à l'œsophage et à la trachée. Il se pourrait qu'un ascaride lombricoïde passât du pharynx dans le larynx, à peu près comme la sangsue dont nous venons de parler, et déterminât de même la suffocation, mais ce fait n'a point encore été observé.

1648. Lieutaud, Gooch, Delormes, Harles, rapportent que des *hydatides* ont été trouvées dans le larynx; elles provenaient sans doute du poumon.

(1) *Journ. univ. des Sciences méd.*

§ III. De l'hémorrhagie du larynx. (1).

1649. L'hémorrhagie du larynx est peu connue, et l'on présume qu'elle est beaucoup plus rare que celle de la trachée et surtout des bronches. Un sentiment de chatouillement, de gêne et de chaleur dans le larynx, suivi de la facile expuition de crachats striés ou mêlés de sang vermeil, sans toux, sans aucune gêne de la respiration, sans que le sujet éprouve un sentiment de pesanteur, d'ardeur ou de douleur dans la trachée, derrière le sternum, ni dans un autre point du thorax, avec enrouement et abaissement de la voix, donne lieu de penser que le sang vient plutôt du larynx que de tout autre partie des organes respiratoires, lorsque d'ailleurs il est évident qu'il ne vient ni des fosses nasales, ni de la bouche, ni du pharynx.

§ IV. De la névralgie du larynx (2).

1650. Le sentiment de gêne, de douleur, de suffocation, que l'on éprouve vers le larynx, peut être considéré comme la perception d'une névralgie de cet organe, lorsqu'il ne paraît d'ailleurs aucun signe d'inflammation, lorsque ce sentiment douloureux se manifeste et cesse tout à coup, revient et cesse encore, et alterne avec des douleurs en d'autres parties du corps. Cet état du larynx est

(1) *Laryngorrhagie.*

(2) *Névralgie laryngée.*

fort peu connu, et mérite qu'on l'étudie avec soin chez les hystériques, les hypochondriaques et les hydrophobes.

§ V. Du spasme du larynx (1).

1651. Les muscles nombreux du larynx sont sans doute sujets à des contractions convulsives et tétaniques, mais ils ont été peu étudiés sous ce rapport; Blaud s'en est beaucoup occupé, seulement pour les muscles constricteurs du larynx.

1652. Le spasme du larynx provient soit de l'irritation causée par la présence ou seulement l'impression d'un corps étranger quelconque sur la membrane muqueuse de cet organe, particulièrement près de la glotte, soit de l'inflammation de cette membrane, soit enfin d'un état morbide de l'encéphale ou de tout autre organe lié d'action avec le larynx, notamment le pharynx, l'œsophage, l'estomac et la matrice.

1653. La *gêne de la respiration*, quand elle est indépendante de la présence de mucosités abondantes, d'un liquide puriforme, d'une couche membraniforme, ou de tout autre corps liquide ou solide dans le larynx, de tout état morbide de la trachée, des bronches, du poumon et de la plèvre, du cœur, du péricarde et des gros vaisseaux, enfin du spasme des muscles thoraciques et du diaphragme; le *sifflement de l'inspiration*, diffé-

(1) Bourdon, *Recherches sur le Mécanisme de la respiration*. Paris, 1820; in-8°.

rent du râle sibilant, effet de la présence de matières mobiles dans le conduit aérien et du rétrécissement de la glotte par une couche membraniforme étendue sur ses bords, et enfin de l'œdème de cette partie; l'*acuité de la voix* et sa *faiblesse*, à laquelle l'inflammation de la membrane muqueuse peut d'ailleurs contribuer, tels sont les signes de la contraction spasmodique des muscles constricteurs du larynx, selon Blaud.

1654. Cette contraction spasmodique a quelquefois lieu sans inflammation du larynx, mais elle se manifeste le plus souvent avec cette phlegmasie; dans ce cas, elle n'est pas constamment en proportion de l'intensité de l'inflammation; ainsi une laryngite légère peut déterminer un violent spasme chez un sujet dont le système est fort irritable, tandis que le spasme sera moins violent, quoique l'inflammation soit très-intense, chez un sujet d'une sensibilité obtuse. Il ne faut néanmoins pas attacher trop d'importance à cette différence, de peur d'arriver à méconnaître la gravité de l'inflammation; mais il faut y avoir égard si l'on ne veut commettre de graves erreurs dans le pronostic. Au reste, lorsque le larynx est enflammé, l'épaississement de sa membrane muqueuse, le boursouflement des bords de la glotte, la présence des mucosités, du liquide puriforme ou de la couche membraniforme modifient tellement les symptômes du spasme du larynx qu'il est le plus souvent très-difficile de faire la part qui lui appartient dans la gêne de la respiration, le sifflement de l'inspiration et l'altération de la voix.

Une considération très-importante, c'est que le spasme du larynx peut cesser, et cesse en effet subitement à diverses reprises, quoique la laryngite continue, et que le larynx renferme d'abondans produits de l'inflammation, même des lambeaux de couche membraniforme. Quand la gêne de la respiration, le sifflement et l'acuité de la voix cessent, il ne faut donc pas en conclure absolument que l'inflammation a cessé, surtout si la voix devient grave, rauque et la toux creuse.

1655. Nous avons dit que le spasme du larynx pouvait se manifester sans qu'il existât une inflammation de cet organe.

Le spasme des muscles constricteurs du larynx a lieu fort souvent avec la toux; plus rarement il accompagne le hocquet; il est très-fréquent avec la trachéite et la bronchite; il a lieu dans l'hydrophobie, quelquefois chez les hystériques, plus rarement chez les hypochondriaques; il se manifeste au plus haut degré d'intensité, et avec le moins de complications, dans quelques cas d'asthme.

1656. Le spasme du larynx est continu, rémittent ou intermittent. Il débute ordinairement par ce dernier type, puis, dans les cas graves, il persiste avec des intervalles de diminution et des redoublemens. Il peut aller jusqu'à déterminer la mort, mais il est probable que cela n'arrive guère que lorsque l'encéphale s'affecte au point de rendre ce spasme assez long-temps permanent pour que la respiration soit interrompue au-delà de la durée compatible avec le retour à la vie.

1657. Les effets du spasme du larynx sur les autres organes de la respiration et sur l'encéphale, seront exposés lorsqu'à la suite des maladies du poumon il sera fait mention des phénomènes résultans des obstacles à la respiration.

§ VI. De la paralysie du larynx.

1658. La paralysie des muscles du larynx ne peut se manifester à l'observateur que par l'affaiblissement ou la perte non pas seulement de la parole mais de la voix, selon qu'elle est incomplète ou complète. Elle a lieu chez les apoplectiques; elle existe, en partie ou d'un seul côté, chez les hémiplégiques, dans l'ivresse, le narcotisme. Il ne paraît pas qu'elle soit jamais due à une lésion du larynx lui-même, mais elle peut dépendre de la compression exercée par une tumeur sur les nerfs qui animent les muscles de cet organe. Cette paralysie est rarement isolée; presque toujours celle de la langue, et le trouble ou la suspension des facultés intellectuelles et de la sensibilité l'accompagnent. Nous indiquerons, au chapitre des maladies du cerveau, l'état morbide de ce viscère auquel on l'attribue dans le plus grand nombre des cas. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que cette paralysie, comme beaucoup d'autres, survient quelquefois par suite de l'ingestion de certaines substances dans l'estomac, et de l'irritation de ce viscère, et que dans ces cas elle est ordinairement de peu de durée, tandis qu'elle est souvent incurable quand elle provient primitivement d'une lésion cérébrale prononcée.

§ VII. Des altérations de la voix et de la parole (1).

1659. La parole n'étant que la voix articulée, il serait peu convenable de traiter de ses altérations ailleurs qu'à l'occasion de celles de la voix, et d'isoler ainsi ce qui est naturellement si étroitement uni. Ici, plus qu'en tout autre endroit peut-être de cet ouvrage, nous éprouvons la gêne qu'impose nécessairement tout ordre méthodique, même le plus rapproché de la nature.

1660. La voix subit, dans l'état de maladie, des changemens indépendans de la volonté, des affections et des passions du sujet, et que nous allons rattacher autant que possible à l'état des organes qui concourent à leur production.

a. Ainsi la *voix* devient *faible* (2) ou *nulle* (3), lorsque le larynx est blessé, contus, paralysé ou enflammé, engorgé de mucosités, au point que le passage de l'air s'y trouve interrompu; lorsque la trachée, les bronches, le parenchyme pulmonaire, les puissances musculaires respiratoires ne sont pas dans les conditions nécessaires pour que le larynx reçoive le volume d'air indispensable à la production de la voix, ou le modifie comme il convient pour que la voix soit produite. La voix est faible ou nulle dans l'ivresse, dans beaucoup de lésions

(1) Sauvages, *Nos. Meth.* L. VI, O. III.

(2) *Affaiblissement de la voix.*

(3) *Perte de la voix. Aphonie.*

de l'encéphale, de la moelle épinière et des organes de la digestion, dans la convalescence, la syncope et l'agonie. La faiblesse de la voix peut encore tenir à une altération sénile de la partie de l'encéphale qui préside à l'exercice de cette fonction.

b. La voix se *voile*, s'*enroue*, devient *rauque*, quand la membrane muqueuse du larynx sécrète plus de mucosités que de coutume, s'épaissit, s'enflamme, surtout près des cordes vocales, et lorsque les muscles constricteurs du larynx se relâchent. Cette altération de la voix a lieu principalement lorsque l'air passe du chaud et du sec au froid et à l'humide; l'extrême chaleur d'un lit trop couvert y dispose, si elle ne la produit pas; tous les efforts de la voix, l'exercice prolongé de la parole, de la déclamation et du chant, les fruits huileux, les alimens préparés à l'huile, les fritures, les boissons spiritueuses, les boissons froides, l'usage des glaces, les bains froids, la suppression de la sueur, des règles et du flux hémorrhoïdal, le besoin et l'abus du coït, l'usage du mercure, sont autant de causes très-communes de l'enrouement. Il accompagne souvent les maladies de l'arrière-bouche et la plupart de celles du larynx.

c. La voix devient *grave*, quand la membrane qui couvre les cordes vocales est enflammée, gorgée de mucosités.

d. La voix devient *sonore*, *aiguë*, *glapissante*, quand les muscles constricteurs du larynx éprouvent un spasme intense.

e. La voix est *entrecoupée*, quand elle est ac-

compagnée de hoquet, et qu'une douleur ou la gêne de la respiration déterminées par un état morbide du poumon ou de la plèvre ou de tout autre partie en suspendent l'émission.

f. La voix est *tremblante*, dans les affections convulsives, à la suite des évacuations excessives, dans la convalescence, par suite de l'excès de sensibilité ou de l'affaiblissement musculaire.

g. La voix était *double*, c'est-à-dire qu'elle faisait entendre, en même temps, un son bas, obscur, et un son élevé, plus marqué, chez un homme âgé de 23 ans, dont la voix était rauque depuis longtemps, par suite d'une affection chronique du larynx, observé par J. Frank.

1661. L'articulation de la voix, la *prononciation*, est vicieuse, ou n'a pas lieu, par suite de la conformation vicieuse, native ou acquise, ou de l'état morbide de la langue, des amygdales, du palais, des dents, des mâchoires, des lèvres, de l'oreille ou de l'encéphale.

La prononciation vicieuse (1) comprend :

a. Le *bégaiement* (2) consiste à hésiter d'abord dans la prononciation, puis à répéter plusieurs fois involontairement, les premières syllabes ou les premiers mots, et, après un intervalle de silence, à

(1) *Mogilalie.*

(2) *Ischnophonie.* —Voisin, *Du bégaiement;* Paris, 1821. in-8°. — Itard, *Mémoire sur le bégaiement*, dans le *Journ. univ. des Sc. méd.*, t. VII.

débiter avec effort et volubilité, et en soupirant, le reste de ce qu'on voulait dire, comme si l'on craignait de ne pouvoir en venir à bout. Cette répétition et cette hésitation ont lieu principalement sur les consonnes *k*, *q*, *t*, *g*, *l*, mais elles peuvent se manifester à l'occasion de toutes les autres. Souvent, en même temps, les voyelles sont imparfaitement émises, quand le bégaiement est habituellement ou accidentellement porté au plus haut degré. L'agitation des muscles de la face s'ajoute alors à celle des muscles des organes de la voix et de la parole, le sujet grimace, agite irrégulièrement la tête et les bras, le hoquet survient, la face rougit, et l'on finit par ne plus pouvoir prononcer une seule syllabe.

Le bégaiement est plus commun chez les hommes que chez les femmes; il reconnait pour cause une éducation mal dirigée, une habitude vicieuse, la timidité, la crainte et la colère habituelles, une vivacité excessive, les méditations trop abstraites, les veilles prolongées, le besoin des plaisirs sexuels, l'imminence des règles, l'ivresse, les coups violens à la tête, l'afflux, l'épanchement du sang au cerveau.

Ce vice de prononciation tient moins à la lésion des organes vocaux qu'au défaut d'empire de l'encéphale sur quelques-uns ou sur la plupart des muscles des organes de la parole.

b. J. Frank a connu une dame qui répétait involontairement la dernière syllabe de chaque phrase; et un étudiant qui intercalait à chaque instant, dans son discours, deux mots étrangers à ce qu'il voulait dire.

c. Le *grasseyement* (1) fait que l'on prononce la consonne *r* avec une sorte de roulement, ou qu'on la remplace soit par une espèce de *g*, soit par un *v* faiblement articulé, soit par une *l*, qu'on la fait précéder d'un *z* ou d'un *d*, ou qu'enfin on la supprime involontairement, dans tous les mots où elle se trouve.

Le grasseyement dépend principalement de l'étroitesse de l'arrière-bouche, de l'abaissement du voile du palais, du rapprochement de ses piliers, de la grosseur de la luette, du volume des amygdales, de l'épaisseur, de la brièveté, de la mollesse, de la faiblesse de la langue. L'imitation et l'enseignement fortifient ce vice de prononciation.

d. La *blésité* (2) consiste à supprimer les consonnes fortes, en les remplaçant par les consonnes faibles : *ch*, *j*, par *s* ou *z*; *t*, *g* dur par *d*; *c* dur par *t* ou *d*. Elle est commune chez les enfans, ordinairement par suite de leur faiblesse; elle peut devenir habituelle quand on ne fait rien pour l'empêcher; mais elle peut aussi tenir à la brièveté du voile du palais.

e. *Parler du gosier* (3), c'est articuler trop fortement les lettres gutturales ou articuler dans l'arrière bouche la plupart des consonnes, soit par suite de l'étroitesse de l'isthme du gosier, du rapprochement des piliers, de l'abaissement du voile du palais, du gonflement des amygdales, soit en raison de la perte ou de la division de la luette ou du voile ou de la

(1) Fournier, *Dict. des Sc. méd.*; t. XIX., pag. 310.

(2) *Psellisme.*

(3) *Voix gutturale.*

perforation du palais. C'est encore remplacer le *j* et le *ch* des Français par le *j* des Espagnols et le *ch* des Allemands.

1662. A l'époque de la puberté, la voix des garçons devient momentanément rauque, inégale, désagréable, âpre, discordante (1), puis elle acquiert toute la plénitude et le timbre qu'elle doit conserver dans la suite.

1663. Le *ronflement* est un bruit rauque, âpre, qui se fait entendre à la fois dans l'arrière-bouche et les fosses nasales; il dépend de ce que la luette s'applique sur la base de la langue, en même temps que le voile du palais s'abaisse. Il a lieu chez l'homme et surtout chez l'enfant endormis, chez les apoplectiques et chez plusieurs asthmatiques. Il a été fait mention plus haut du râle laryngé; plus loin il sera question des autres espèces de râle.

1664. Le *nasillement* est un retentissement désagréable de la voix dans les cavités nasales, par suite du gonflement des parois de ces cavités, de leur dépression, du resserrement volontaire ou de la compression du nez, ou enfin de la présence d'un polype ou d'un corps étranger dans les fosses nasales, en un mot d'un obstacle quelconque qui s'oppose à la libre sortie de l'air par le nez, durant l'exercice de la parole.

1665. On désigne sous le nom impropre de *ventriloques*, les personnes qui, soit naturellement soit après de longs efforts, jouissent de la faculté de parler entre l'inspiration et l'expiration, et en

(1) *Mue de la voix.*

ménageant tellement celle-ci, qu'elle sert à prononcer beaucoup plus de mots qu'on ne le peut faire ordinairement. Il en résulte que la voix semble venir de fort loin. Ceci n'est qu'une altération volontaire de la voix.

1666. Lorsque la prononciation n'a point lieu, et que la voix se fait entendre par des sons inarticulés, il y a *privation de la parole* (1), qu'il ne faut pas confondre avec la privation de la voix, quoique celle-ci entraîne celle-là.

Lorsque la parole ne s'exerce point, parce que la voix elle-même ne peut pas être produite, il ne faut s'occuper que de la privation de celle-ci.

Lorsque la parole n'a pas lieu, quoique la voix se fasse entendre, il faut chercher quelle est la cause qui s'oppose à l'articulation des sons. Elle se trouve soit dans une condition vicieuse native de l'encéphale, soit dans un état morbide, primitif ou secondaire, de ce viscère, soit dans la surdité native ou survenue dès l'enfance, soit enfin dans une lésion du larynx. La privation complète de la parole ne peut guère dépendre de la conformation de la bouche ou des fosses nasales, puisqu'il faudrait que ces parties fussent complétement dénaturées pour que la parole ne fût pas au moins incomplètement produite. Or, dans les cas où la parole manque complètement, ces parties n'offrent aucune défectuosité, et elles s'acquittent d'ailleurs de tous les mouvemens qui ne servent point à la prononciation. Il n'y a que le gonflement con-

(1) *Alalie.*

sidérable des amygdales, de la langue ou des parois de la bouche, qui entraîne la privation de la parole, encore celle-ci est-elle incomplète.

La privation passagère de la parole est le résultat d'une maladie aigüe de l'encéphale ou des des voies respiratoires, ou de toute partie importante au maintien de la vie et fortement menacée.

La privation permanente de la parole (1) qui date de l'enfance, ou qui même a succédé à une maladie grave de l'encéphale survenue après que le sujet avait appris à parler, dépend nécessairement ou de l'état natif ou morbide de l'encéphale, ou de la surdité, ou de ces deux états, parfois intimement liés; pour établir la distinction de ces divers cas, il faut d'abord s'assurer de l'état de l'ouïe (2), puis de celui de l'encéphale, ainsi qu'il sera dit aux chapitres des maladies de l'oreille et du cerveau.

§ VIII. Du mucus du larynx dans l'état de maladie.

1667. Les mucosités et autres produits de la trachée, des bronches et du poumon, venant se mêler à ceux du larynx, sont chassés de la bouche en se mêlant au mucus nasal à celui de la bouche, et à la salive; le tout forme les crachats que dans une mono-

(1) *Mutisme.*—Itard, *Mémoire sur le Mutisme produit par la lésion des fonctions intellectuelles*; dans les *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1828; in-4°.

(2) Itard, *Traité des maladies de l'oreille et de l'audition*; Paris, 1824, in-8°.

graphie on pourrait diviser en buccaux, laryngés, trachéaux, bronchiques et pulmonaires, en raison du liquide prédominant en eux.

1668. Nous avons dit plus haut les modifications que subit le mucus du larynx dans l'inflammation de la membrane muqueuse de cet organe. Aussi longtemps que les moyens d'analyse chimique n'auront point conduit à des résultats plus positifs sur les différens produits liquides muqueux, puriformes et membraniformes de l'inflammation, on ne pourra faire que des conjectures sur leurs rapports. Ce qu'il y a de certain, c'est que ces diverses substances dépendent de l'inflammation, et non l'inflammation d'elles.

ARTICLE II.

TRAITEMENT DES MALADIES DU LARYNX.

1669. Les maladies peu intenses du larynx guérissent, comme toutes les affections légères, sans le secours de l'art, pourvu que leurs causes cessent d'agir sur cet organe ou sur ceux qui sont en rapport intime avec lui. Mais les maladies graves du larynx sont très-souvent mortelles, malgré tous les moyens employés pour les combattre, et il n'est peut-être pas de maladies sur lesquelles la médecine ait moins d'empire, dès qu'elles sont arrivées au plus haut degré d'intensité, et lorsqu'elles sont invétérées. Il importe donc beaucoup de les combattre dès leur apparition et pendant qu'elles sont encore ré-

centes. Ces maladies ont d'autant plus souvent été funestes, que leur nature si fréquemment inflammatoire a été fort long-temps méconnue.

1670. Comme on ne peut guère se soustraire aux influences de l'air, on n'est jamais certain de se préserver des maladies du larynx, mais on doit ne rien négliger pour préserver les enfans de toutes les causes susceptibles de léser cet organe, et cela est d'autant plus important, surtout dans le jeune âge, que les maladies dont il devient le siége sont plus souvent mortelles. Les cris doivent être évités, ainsi que tout exercice violent de la voix et de la respiration, et la peau doit être garantie avec soin des atteintes de l'humidité. Nulle autre part, les maladies du larynx ne sont aussi communes qu'en Angleterre, où l'éducation physique des enfans repose sur des préjugés qui passent pour de la science, et qui les exposent à toute l'inclémence d'un climat froid et humide.

Traitement de l'inflammation du larynx.

1671. L'inflammation légère du larynx n'est jamais dangereuse, lorsque l'encéphale et les voies digestives ne sont point enflammés en même temps; il suffit donc d'écarter tout ce qui pourrait aggraver cette phlegmasie et déterminer celle des viscères, de la tête et du bas-ventre. Ainsi, le sujet doit s'abstenir de sortir à l'air libre, si celui-ci est froid et humide, ou chaud et sec; il fera usage de boissons tièdes, édulcorées; les alimens seront pris en pe-

tite quantité, choisis parmi les végétaux; il s'abstiendra de vin et de tout liquide fermenté; la liberté du ventre sera entretenue par des lavemens; des bains de pieds chauds et rubéfians seront prescrits; il sera bon de placer dans l'appartement des vases remplis d'eau chaude, afin de rendre de l'humidité à l'air, si celui-ci est trop sec. On traitera d'ailleurs méthodiquement les phlegmasies du nez, de la bouche, du pharynx, de la trachée ou de tout autre partie affectée en même temps que le larynx. On suppléera, par la saignée ou par les sangsues, aux hémorrhagies en retard ou supprimées; et par les rubéfians, les vésicatoires, aux irritations sécrétoires, aux suppurations retardées ou supprimées.

1672. L'inflammation intense du larynx exige l'emploi le plus prompt, l'administration la plus hâtive, des moyens directs reconnus pour être les plus puissans contre les phlegmasies. Quelles que soient les complications et la forme sous laquelle l'inflammation du larynx se manifeste, il faut tout mettre en usage pour la faire cesser. Les maladies concomitantes ne peuvent être l'objet que d'indications purement secondaires bien qu'elles concourent au succès du traitement. Pour peu que l'on attende, il est ordinairement trop tard.

Traitement de l'inflammation sur-aigue du larynx.

1673. Si l'inflammation sur-aiguë du larynx débutait toujours par les caractères qui ne permettent point de la méconnaître, on manquerait rarement

l'occasion de la combattre à temps; mais le plus souvent la bronchite et la trachéite qui la précèdent, loin d'éveiller la même sollicitude, ne font qu'entretenir une fâcheuse sécurité, jusqu'à ce qu'enfin le caractère et la violence des symptômes fassent reconnaître l'urgence.

1674. Dès que l'inflammation aiguë du larynx se manifeste avec la plus légère gravité, il faut sur-le-champ ouvrir une veine, toutes les fois qu'il est possible de le faire. Lorsqu'une des veines du bras est visible ou sensible au tact, il faut l'ouvrir, quelque soit l'âge du sujet; à défaut de veine distincte au bras, on ouvre celle du pied. La veine jugulaire devrait être préférée, si elle n'exigeait point, sinon la constriction autour du cou, au moins la compression du vaisseau, et par conséquent un obstacle au retour du sang venant de l'encéphale. L'ouverture de l'artère temporale offre l'inconvénient d'une pression exercée autour du crâne ou sur un point de sa circonférence.

La saignée doit être copieuse, il y a plus d'avantage que d'inconvénient à tirer assez de sang pour provoquer un évanouissement qui est toujours de peu de durée, quoique, d'ailleurs, il ne faille pas nécessairement en tirer jusqu'à ce que le sujet perde connaissance, attendu que cette pratique peut être dangereuse chez certains sujets.

Si la saignée ne fait pas cesser de suite et complètement les symptômes, ou si l'ouverture d'une veine ne peut être faite, des sangsues doivent être appliquées de suite, en grand nombre, à la ré-

gion laryngée, et l'écoulement du sang doit être favorisé par tous les moyens.

Si les symptômes graves persistent dans leur intensité malgré cette application, il faut, dès que le sang a cessé de couler abondamment, appliquer de nouvelles sangsues : en moindre nombre, si le mal a déjà cédé quelque peu; en même nombre, s'il persiste au même degré ; en nombre plus considérable, s'il a augmenté.

Dans la maladie dont il s'agit, on ne doit jamais se contenter d'une légère amélioration, on ne doit rien espérer des efforts de la nature, car, si l'on attend, l'art sera certainement impuissant, et tous les efforts de la nature tourneront au détriment du sujet.

Une amélioration vraiment rassurante est caractérisée par la cessation complète des symptômes locaux, du sentiment de chaleur, de gêne, de douleur, de suffocation, éprouvé vers le larynx, de l'inspiration sifflante, de l'altération de la voix, et de la toux qui a été décrite.

Et lors même que par suite des émissions sanguines ces symptômes et tous ceux qui se rattachent à la maladie ont cessé, il ne faut pas en conclure que le mal n'existe plus ou du moins qu'il ne reparaîtra pas. Souvent en effet, il continue quoique rien ne ne le manifeste, souvent il se renouvelle ou reprend sa première intensité, et à l'instant où l'on croit avoir obtenu la guérison, on se voit tout-à-coup détrompé de la manière la plus affligeante.

Dans ce dernier cas, il faut renouveler les ap-

plications locales de sangsues, rétablir un écoulement prolongé du sang à la région laryngée. En un mot, à chaque redoublement il faut revenir aux émissions sanguines, quoique l'espoir de sauver le sujet s'éloigne à mesure que les accès se rapprochent.

Lorsque les phénomènes les plus prononcés de la laryngite sur-aiguë sont continus, l'écoulement du sang doit être entretenu avec prudence; c'est-à-dire au moyen d'un nombre modéré de sangsues successivement appliquées, jusqu'à ce qu'une amélioration décisive se prononce.

Quelques faits, à la vérité peu nombreux, me portent à croire que l'application des sangsues à l'épigastre, en même temps qu'on les applique au col et sous la mâchoire, peut contribuer pour beaucoup à la guérison, lorsqu'aux phénomènes de la laryngite se joignent ceux d'une réaction violente du système circulatoire et ceux de l'irritation gastrique, marqués surtout dans l'intervalle des redoublemens. L'application concomitante des sangsues à l'épigastre me paraît pouvoir suppléer utilement l'ouverture de la veine, quand celle-ci ne peut être faite, et rien ne peut en dispenser quand l'estomac est enflammé en même temps que le larynx.

L'application des sangsues à l'épigastre est surtout indiquée, quand on est appelé près d'un sujet qui a été vivement stimulé à l'intérieur, avant qu'une amélioration indispensable au succès de la révulsion n'ait été obtenue.

1775. Il ne suffit pas toujours de tirer du sang

pour guérir la laryngite sur-aiguë, quoique, dans certains cas, tous les symptômes et le mal lui-même cessent dès que l'écoulement du sang est établi ou a été copieux; il en est un plus grand nombre dans lesquels, en même temps que l'on cherche à empêcher l'afflux du sang vers la membrane muqueuse laryngée, il faut employer les moyens susceptibles d'en déterminer l'afflux sur la membrane muqueuse digestive ou sur la peau.

1676. Il n'y a point d'inconvénient, il y a souvent de l'avantage à stimuler, exciter, rubéfier la peau des membres inférieurs, à l'aide des pédiluves chauds, sinapisés, et, s'ils ne suffisent point, par des sinapismes.

Pour que l'on retire de ces topiques tout le bon effet qu'on en attend, il faut les appliquer aussitôt après que les émissions sanguines ont déterminé de l'amélioration, lorsque la peau s'est décolorée et que le pouls a perdu tous les caractères de la surexcitation circulatoire.

A l'aide des rubéfians placés en temps opportun, on prévient fréquemment le retour ou le redoublement du mal; mais pour cela, il faut en renouveler l'application sur le sternum, sur les cuisses, aux jambes, aux pieds, en même temps qu'on persiste dans les émissions sanguines; car autrement on déterminerait une redoutable sur-excitation de la circulation, qui ajouterait nécessairement à l'inflammation du larynx. Albers laissa des sinapismes pendant vingt-quatre heures sur les pieds et les cuisses, dans un cas de laryngite sur-aiguë, et il at-

tribua, en grande partie, la guérison à ce moyen.

On a prétendu que l'application des révulsifs devait être faite au cou, mais ces moyens ainsi employés ont souvent augmenté l'inflammation de l'isthme du gosier.

Les vésicatoires, dont l'action est plus lente que celle des bains de pieds sinapisés et des sinapismes, à cause de cela même, conviennent peu; ils ont d'ailleurs des inconvéniens attachés à la substance qui en forme la partie active, et qui sont peut-être encore plus à redouter dans la maladie dont il s'agit que dans tout autre. Quand on y a recours, le lieu préférable pour les appliquer est le haut du sternum, et non le cou, car autrement on se prive, à peu près, de pouvoir appliquer de nouveau des sangsues à la région laryngée.

1677. Le séton serait trop tardif dans ses effets, pour qu'on y ait recours. Le cautère actuel cause plutôt de la douleur qu'il ne détermine de l'irritation, puisque l'inflammation ne s'établit qu'à la chute de l'escarre.

1678. L'excitation de la membrane muqueuse gastrique, par les vomitifs, est fort souvent provoquée dans les cas dont il s'agit. Il importe de ne point prescrire légèrement ce moyen, et d'abord, il ne faut jamais le donner qu'après une amélioration notable des phénomènes, non-seulement locaux, mais encore sympathiques, obtenue à l'aide des émissions sanguines; avant de le prescrire, il faut s'assurer de l'état de l'estomac qui, d'ailleurs, est assez peu fréquemment enflammé; il faut encore

ne jamais se hâter de le donner, car lorsqu'il ne détermine pas l'extinction définitive de la phlegmasie du larynx, en raison de celle, à la vérité momentanée pour l'ordinaire, qu'il occasione à l'estomac, il en résulte un redoublement sympathique de l'inflammation laryngée; or c'est ce redoublement qu'il faut craindre encore plus que la gastrite, car substituer complètement une gastrite même violente à une laryngite sur-aiguë, c'est réellement y gagner.

Le vomitif n'est véritablement utile qu'au dernier déclin de la maladie, et non pas même après une amélioration momentanée.

Notre intention n'est point de bannir le vomitif du traitement de la laryngite sur-aiguë, mais d'inviter à bien distinguer les cas où il est avantageux de ceux où il peut être nuisible. On verra plus loin pourquoi on avait fait de ce moyen une sorte de spécifique contre cette phlegmasie.

Parmi toutes les substances qui à certaines doses provoquent le vomissement, l'émétique doit être préféré, parce qu'il est plus facile d'en calculer et d'en prévoir l'effet, au moins sous le rapport des vomissemens.

1679. Les purgatifs doivent aussi trouver place dans le traitement de la laryngite sur-aiguë; donnés par le haut, ils offrent, en partie, les inconvéniens des vomitifs, puisqu'ils irritent l'estomac, mais du moins ils ne déterminent point l'afflux violent du sang vers la tête, qui est l'effet de ceux-ci; donnés en lavemens, ils agissent, à la vérité, sur la partie la moins sensible du tube intestinal, mais on

peut les administrer à très-haute dose, sans inconvénient, et par fois on le fait avec succès; cependant on ne doit pas trop compter sur l'efficacité de ce moyen.

On peut moins attendre à le prescrire que pour le vomitif, précisément parce qu'il n'expose point au redoublement sympathique de l'inflammation du larynx, et parce qu'il favorise la circulation dans l'abdomen en vidant les intestins. Ceci n'est point une théorie, c'est un fait que chacun peut vérifier sur soi.

L'émétique en lavage a l'inconvénient d'agir sur toute l'étendue de la membrane muqueuse gastro-intestinale, sur toute la partie la plus sensible de cette membrane; il n'est donc pas préférable aux autres purgatifs. Le proto-chlorure de mercure agit moins; dit-on sur l'estomac que les autres purgatifs; à ce titre, il pourrait être préféré.

Au reste, les purgatifs étant administrés aux enfans en sirops ou dans des potions gommeuses, on peut les donner sans crainte, quand l'estomac n'est pas enflammé.

1680. Les ventouses conviennent peu dans l'inflammation sur-aiguë du larynx, car le cou est douloureux à la pression, au moins pour celle que déterminent ces instrumens; à la vérité on peut les mettre au haut du sternum et à la nuque; mais il ne faut pas s'imaginer qu'elles puissent jamais remplacer les sangsues.

1681. Les bains généraux conviennent rarement dans la maladie dont il s'agit, de même que dans

toutes celles où la respiration est gênée; certainement le bain de vapeur est préférable, mais il faut qu'il soit de très-peu de durée, donné après un amendement notable, et lorsque la circulation est rentrée dans le calme.

1682. Les cataplasmes émolliens au col sont toujours gênans, en raison de leur poids, et très-impatiemment supportés; les fomentations mucilagineuses chaudes, les applications d'étoupes trempées dans une décoction mucilagineuse chaude sont préférables, mais il faut qu'elles soient employées avec beaucoup d'attention et d'intelligence, afin que le malade n'en éprouve pas du refroidissement; elles sont indispensables pour entretenir l'écoulement du sang : on doit s'en abstenir quand celui-ci est naturellement abondant.

1683. Il est évident que la diète absolue est de rigueur dans toute inflammation sur-aiguë; elle est donc indiquée dans celle du larynx; on donne d'ailleurs, avec avantage, des boissons mucilagineuses, édulcorées, tièdes.

1684. Tels sont les moyens rationnels indiqués contre la laryngite sur-aiguë, et à l'aide desquels on obtient, quelquefois, la guérison de cette maladie redoutable, quand on est appelé à temps.

1685. La laryngite sur-aiguë chez les enfans, étant plus redoutable, plus rapide et plus souvent mortelle que chez les adultes, le traitement doit être encore plus actif, plus énergique que lorsqu'il s'agit de ceux-ci.

Malgré les grands avantages de la saignée, on y

a rarement recours pour les enfans, et l'on se borne pour l'ordinaire à l'application des sangsues, non-seulement à cause de la difficulté que cette opération peut présenter dans le jeune âge, mais parce qu'elle semble peu lui convenir, sans que l'on puisse dire le motif de ce préjugé. Cependant Home a fait deux saignées à un enfant de quinze mois, Ferriar, a pratiqué deux fois cette opération sur un enfant âgé de dix-huit mois, Carron l'a faite sur un enfant de neuf mois, et dans ces divers cas, la guérison a eu lieu. J. Frank pense que les sangsues ne peuvent jamais équivaloir à la saignée, et cela est peut-être vrai pour une inflammation aussi rapide, aussi souvent mortelle que celle du larynx. Van-Swieten, Ghisi, Michaelis, Jurine et Sachse ont préconisé cette opération avec chaleur. J. Frank l'a pratiquée avec un succès étonnant, chez un enfant âgé de treize ans, auquel on avait en vain appliqué des sangsues au col. Tout en reconnaissant qu'elle est plus avantageuse au début de la maladie, il pense qu'on doit encore la pratiquer lorsque celle-ci est déjà avancée; Sachse a vu la saignée, faite le quatrième et le sixième jour, déterminer la guérison.

Le nombre des sangsues doit être relatif à l'âge du petit malade et à l'état de la circulation.

Plus le sujet est jeune, plus la peau est rouge et chaude, moins on doit en appliquer; souvent il suffit de quatre à six sangsues, lorsque le sang ruissèle abondamment des piqûres, pour obtenir une guérison prompte, lors même que la maladie est fort intense.

Plus le sujet s'éloigne de la première enfance,

moins la peau est colorée, et plus grand doit être le nombre des sangsues; si d'ailleurs l'enfant est bien constitué, six, huit, dix, et même douze ou quinze sont souvent nécessaires.

Si le sang coule très-peu des piqûres, de nouvelles sangsues doivent être appliquées, quelqu'en ait été le nombre lors de la première application.

Si, malgré l'évacuation sanguine, le mal persiste avec la même intensité, sans que l'enfant soit notablement affaibli, il faut renouveler l'application des sangsues.

Sweester et Cruveilhier ont recommandé, avec raison, de ne point se montrer avare du sang des malades dans cette phlegmasie; celui-ci ne veut pas que l'on craigne une trop grande faiblesse, et même il désire la syncope. J'ai observé, dit-il, que l'inflammation est rarement arrêtée lorsque l'évacuation sanguine n'a pas été portée jusqu'à la décoloration de la face. On n'a critiqué l'opinion de ces médecins que parce qu'on ne l'a point comprise; ils n'ont point dit qu'il fallût tirer du sang jusqu'à compromettre la vie du sujet, mais jusqu'à produire de la faiblesse chez lui. Les inconvéniens de cette pratique se réduisent à rien pour un médecin consciencieux, qui ne s'en rapporte à personne du soin d'indiquer le moment où le sang doit cesser de couler, c'est-à-dire, qui revient chez son malade autant de fois que cela est nécessaire après l'application des sangsues. Il n'est pas aussi difficile qu'on le pretend d'arrêter le sang des piqûres du cou: qu'importe qu'on ne puisse exercer

la compression sur cette partie, puisqu'il est si facile d'arrêter sur-le-champ l'écoulement sanguin, en portant, jusque dans le fond des piqûres, un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe aiguë.

Si l'application de quinze à vingt sangsues a jamais déterminé la mort de quelques enfans, on ne doit s'en prendre qu'à la négligence ou à la maladresse du médecin qui, après avoir prescrit une quantité aussi considérable de sangsues, n'est point retourné près des malades pour arrêter le sang à l'instant où cela devenait nécessaire, ou qui n'a pu y parvenir. Il n'en demeure pas moins vrai qu'il est avantageux dans cette phlegmasie, comme dans toutes celles qui sont fort intenses, de tirer de suite une quantité notable de sang, surtout chez les enfans, puisque c'est dans le jeune âge qu'elle est le plus redoutable.

Le conseil de n'appliquer qu'un petit nombre de sangsues et de les remplacer par d'autres à mesure qu'elles tombent, ne trouve une application rationnelle, dans le traitement de l'inflammation sur-aiguë du larynx, que lorsqu'elle persiste à un degré modéré, après une forte évacuation sanguine.

La rubéfaction de la peau à la poitrine et aux pieds est de la plus urgente nécessité chez les enfans; plus facile à provoquer chez eux que chez les adultes, elle est aussi plus efficace, et elle a d'ailleurs l'avantage de remédier, jusqu'à un certain point, aux inconvéniens que peut entraîner la perte d'une quantité considérable de sang.

Le vomissement étant facile à déterminer dans le

jeune âge, il convient de le provoquer chez les enfans plus encore que chez les adultes.

1686. Chez les adultes, la laryngite sur-aiguë exige impérieusement l'ouverture d'une veine et la soustraction d'une grande quantité de sang; puis l'application de vingt à trente sangsues au col, que l'on remplace immédiatement par d'autres si le sang ne coule pas abondamment; ensuite l'application des sinapismes aux pieds et l'administration des lavemens fortement purgatifs.

Une dame d'une forte constitution, douée d'un bel embonpoint, âgée d'environ trente ans, mère de deux enfans, éprouve les symptômes d'un mal de gorge; le lendemain on touche les amygdales avec un pinceau trempé dans l'acide nitrique affaibli, et l'on fait appliquer trois sangsues de chaque côté, à la région sous-maxillaire; le troisième jour, on prescrit l'émétique et l'ipécacuanha, un loock avec le kermès, un vésicatoire à la nuque. Les signes de la laryngite sur-aiguë avec suffocation imminente se manifestent, des sinapismes sont appliqués aux pieds, et vingt-quatre sangsues au cou; les accidens se calment, mais bientôt ils reprennent leur intensité; le soir vingt-cinq sangsues sont appliquées; le mal s'accroît: à minuit cinq ventouses, dont deux scarifiées, sont appliquées à la partie supérieure du sternum; le sujet expire à cinq heures du matin. A l'ouverture du cadavre, on trouva la membrane muqueuse du larynx et de la trachée-artère d'un rouge pâle, très-épaisse, surtout à la glotte dont les bords étaient presqu'en contact; les ventricu-

les du larynx étaient presqu'effacés, la surface interne de cet organe était revêtue d'une couche membraniforme de l'épaisseur d'une feuille de papier gris, assez résistante pour ne se laisser déchirer qu'après un certain effort, et très-immédiatement appliquée à la membrane muqueuse sous-jacente dont il ne fut pourtant pas difficile de l'isoler (1).

Il y a lieu de croire que si un médecin expérimenté eût été appelé au début de cette maladie, l'issue n'en eût pas été funeste, et que la saignée de bras eût été d'autant plus efficace qu'on l'eût pratiquée plus tôt; tandis que l'application des sangsues, surtout faite trop tard, n'a pu être qu'insuffisante. Il eût été à désirer également qu'au lieu d'appliquer vingt-quatre sangsues à une femme d'une constitution aussi forte, on en eût fait poser quarante, puisque l'on ne croyait pas qu'il fût encore temps de saigner.

La laryngite sur-aiguë des adultes a été observée le plus souvent chez des sujets affectés d'autres maladies graves; cette circonstance est des plus défavorables pour le traitement, et même elle ne permet guère d'espérer la guérison : mais dans le cas qui vient d'être cité, et qui à coup sûr est mémorable, rien n'annonçait qu'il existât une autre maladie, et l'on doit regretter d'autant plus que le traitement ait été dirigé par l'ignorance et la présomption. C'est le seul cas de laryngite sur-aiguë

(1) *Journ. comp. des Sc. méd.*, t. xv, pag. 193.

des adultes dont nous ayons eu occasion d'observer les traces sur le cadavre : nous ne vîmes point le sujet avant sa mort.

1687. Il arrive un moment dans le cours de la laryngite sur-aiguë, où l'on a lieu de soupçonner ou du moins de craindre qu'une fausse membrane, une couche membraniforme, ne se soit formée dans le larynx, ou que celui-ci ne soit obstrué par des mucosités simples ou puriformes. La violence des symptômes, la rapidité de leur marche, leur accroissement rapide, leur extrême intensité dès le début, et enfin leur continuité et leur exaspération toujours croissante, peuvent seuls faire présumer l'existence de ces résultats redoutables. A cette époque, l'art doit être considéré comme impuissant.

A la vérité, on peut citer quelques cas où la guérison a suivi l'expectoration spontanée ou provoquée soit de lambeaux membraniformes ou tubulés, soit de mucosités puriformes. Nous avons même avantageusement excité le vomissement à l'aide de six grains d'ipécacuanha dans un cas de ce genre: l'enfant se rétablit, après avoir en même temps expectoré des portions de fausses membranes et des flots de mucus épais et opaque, et la guérison fut solide. Mais il faut, pour cela, l'heureuse coïncidence de l'extinction de la phlegmasie avec l'expulsion de la couche membraniforme, autrement celle-ci se renouvèle, et l'on n'est point certain de ne pas avoir contribué à sa reproduction, en irritant, même momentanément, l'estomac. Dans le cas que nous venons de rapporter, nous ne donnâmes le vomitif qu'a-

près une amélioration très-marquée des symptômes, effet des émissions sanguines; peut-être ne doit-on jamais le donner que dans un cas analogue; le sujet dont je viens de parler était d'ailleurs habituellement pâle et d'une sensibilité peu développée.

Rien n'est plus commun que de voir prescrire les vomitifs dans le cours des laryngites peu intenses, ou même des simples bronchites, pour faire évacuer une fausse membrane qui n'existe pas, et, ce qu'il y a de pis, fort souvent, ces vomitifs sont administrés sans que des émissions sanguines en aient d'avance atténué les inconvéniens.

Blaud a parfaitement démontré d'une part l'inutilité du sulfure de potasse, du proto-chlorure de mercure, des carbonates d'ammoniaque, de potasse, du sulfate de cuivre, du polygala sénéka, préconisés comme dissolvans de la couche membraniforme du larynx, ou pour en favoriser l'absorption; en effet, l'expérience n'a point confirmé les prévisions théoriques, dont l'historien de la thérapeutique recueillera les souvenirs, mais qui doivent à peine être mentionnés dans un livre où il s'agit de dire ce qu'il convient de faire, plutôt que ce dont il faut s'abstenir.

Le seul moyen efficace pour prévenir la formation de la fausse membrane dans le larynx, est de se rendre maître de l'inflammation qui seule la détermine; quand on n'a pu l'empêcher de se former, il faut encore attaquer l'inflammation, puis tenter le vomitif, afin de chercher à en provoquer la sortie. Il y a d'ailleurs, en pareil cas, peu d'inconvénient à

prescrire ce moyen, puisque la mort du sujet n'est que trop probable.

1688. Lorsque, malgré les émissions sanguines, les rubéfians de la peau, les purgatifs et les vomitifs, l'inflammation sur-aiguë du larynx a persisté et la membrane s'est développée, lorsque celle-ci ne peut être expulsée ou l'a été plusieurs fois sans que l'état du sujet se soit amélioré, enfin lorsque la mort est imminente par suite de la suffocation dont les progrès s'accroissent à chaque instant, il y a lieu d'ouvrir la trachée-artère, non que par ce moyen on doive espérer d'obtenir la guérison, mais parce que ce moyen retarde, au moins de quelques instans, la mort, et parce qu'à ce période l'opération ne peut plus être dangereuse. Il n'y a d'ailleurs aucun fait avéré qui prouve que l'ouverture du conduit respiratoire, à l'aide de l'instrument tranchant, faite dans un cas où la mort était imminente, ait sauvé les jours du sujet. Des faits de pathologie vétérinaire et expérimentale militent seuls en faveur de cette pratique; si c'en est assez pour la tenter dans les cas désespérés, ce n'est point assez pour la mettre en usage aussi long-temps que tout espoir en un autre moyen n'est point enlevé; peu importe que l'on taxe de timidité cette réserve commandée par la prudence : tout autre expose avec fondement au reproche plus à craindre de témérité coupable ou de charlatanisme.

Bretonneau pense que l'on peut empêcher le développement de la fausse membrane dans le larynx, en traitant par l'acide hydro-chlorique pur et con-

centré l'inflammation pelliculaire des amygdales et du pharynx lorsque celle-ci précède celle du larynx. En admettant l'efficacité de cet acide, aucun fait ne peut démontrer que la guérison de l'état morbide de l'arrière-bouche ait jamais prévenu le développement de la laryngite et la formation de la fausse membrane laryngée.

Il est d'ailleurs rationnel de ne rien négliger pour arrêter méthodiquement les progrès des inflammations des amygdales et du pharynx, afin de s'opposer aux laryngites consécutives qui en sont quelquefois l'effet.

1689. L'intensité des phénomènes dépendant de la gêne de la respiration, leur intermittence parfois complète, leur violence dans des cas où les autres symptômes locaux sont peu marqués, ont fait penser que la laryngite sur-aiguë exigeait dans certains cas l'emploi du stramonium, de la laitue vireuse, du camphre, de l'éther, de l'opium, de l'assa-fœtida, du castoréum, du musc, du deutoxide de zinc, soit que l'on supposât la maladie essentiellement nerveuse, soit qu'on admît qu'un spasme était joint à l'inflammation; chacun de ces moyens compte quelques succès, tous plus ou moins suspects de prévention. Le spasme des muscles constricteurs du larynx, dit Blaud, ne doit être combattu que par les moyens propres à dissiper l'inflammation; les anti-spasmodiques les plus actifs dirigés contre lui ne produisent aucune amélioration sensible, ce n'est que dans les cas où le spasme persiste après l'extinction de la

phlegmasie, que leur administration est suivie de quelque succès.

Le spasme dépendant de l'inflammation ne doit guère persister après qu'elle est éteinte, ou du moins alors il ne ne peut être de longue durée, par conséquent on doit peu le redouter. Le praticien doit, à cet égard, ne pas oublier que les effets de l'inflammation sont en général peu redoutables quand elle a cessé, et que les excitans qu'on appelle anti-spasmodiques peuvent réveiller celle qui n'est qu'assoupie.

A l'égard de l'opium, J. Frank l'a vu déterminer des congestions cérébrales, et supprimer l'expectoration.

A quelle époque de la laryngite les excitans, les stimulans, les toniques pourraient-ils être indiqués? ce ne peut être lorsque l'inflammation est flagrante; serait-ce lorsqu'elle est sur son déclin, mais alors ces moyens peuvent la ranimer; serait-ce enfin quand elle n'existe plus, mais alors la guérison a lieu, à moins que la couche membraniforme ou les mucosités n'obstruent insurmontablement le conduit aërien, et si ce cas était reconnu il ne faudrait recourir qu'au vomitif.

1690. Les boissons douces et tièdes sont les seuls moyens auxquels on doive recourir pour modérer la toux.

1691. Les convulsions et l'abattement cessent avec la phlegmasie, quand on est assez heureux pour la faire cesser.

1692. Les inflammations de la trachée, des bron-

ches, de l'estomac, doivent être traitées en même temps que celle du larynx, si l'on ne veut échouer dans le traitement de celle-ci.

1693. Les affusions froides ont été employées, notamment par des médecins allemands, contre la laryngite aiguë la plus intense : ils disent avoir eu à s'en louer, néanmoins on hésitera long-temps à mettre ce moyen en usage, dans une maladie que le froid produit si souvent et que le froid augmente toujours.

Traitement de l'inflammation aiguë du larynx.

1694. L'inflammation aiguë du larynx, même chez les enfans, ne donne pas toujours lieu aux accidens qui font craindre la suffocation, ni à la formation de couche membraniforme ou de mucus puriforme dans cet organe ; elle n'est pas toujours compliquée de l'inflammation de la trachée. Quand elle est peu intense et sans complication, il n'est pas même nécessaire d'appliquer des sangsues, loin que l'on doive recourir à la saignée. Des boissons douces, tièdes, la diète ou un aliment doux en petite quantité, le séjour dans un appartement où la température est moyenne et l'air ni sec ni humide, suffisent pour dissiper l'inflammation qui, d'ailleurs, est presque toujours de quelque durée, au moins relativement à son peu d'intensité.

1695. Le léger vomitif conseillé par Blaud, quand des mucosités obstruent les voies aëriennes, n'est indiqué que chez les enfans qui ne peuvent ou ne savent point cracher.

1696. Toutefois, pour peu que l'on ait lieu de redouter que l'inflammation du larynx de très-légère qu'elle est ne passe à un degré redoutable d'intensité, il faut de suite appliquer des sangsues au cou, prescrire des bains de pieds rubéfians, et vider les intestins à l'aide de lavemens purgatifs.

Il vaut mieux déployer cet appareil de moyens dans un cas où l'on aurait pu s'en passer, que d'avoir à regretter de l'avoir négligé dans un cas qui se terminerait par la mort.

Traitement de l'inflammation intermittente du larynx.

1697. Lors même que l'inflammation du larynx paraît complètement intermittente, ce qui est fort rare, car dans l'intervalle des accès de suffocation la voix reste voilée et le devient de plus en plus à mesure qu'ils se multiplient, il faut attaquer la phlegmasie précisément à l'instant où les symptômes qui la caractérisent se prononcent davantage. L'expérience n'a pas encore appris quel serait l'effet du quinquina donné dans l'intervalle. Brachet a publié une observation qui, si elle était complète, tendrait à faire penser que l'opium peut être utile (1).

Traitement de l'inflammation chronique du larynx.

1698. Il n'y a rien à dire des indications à remplir lorsque l'inflammation aiguë du larynx, avec

(1) *De l'Emploi de l'opium*, Paris, 1828; in-8°.

couche membraniforme, passe à l'état chronique, car cela est arrivé si rarement qu'on n'a pu en tirer aucune conclusion pratique.

Lorsque la laryngite chronique a débuté par les symptômes de l'inflammation aiguë modérée du larynx, sans présomption de fausse membrane, et lorsqu'elle s'est établie peu à peu sans période d'acuité, elle réclame l'emploi de moyens dont l'emploi est rarement couronné de succès.

1699. L'inflammation chronique du larynx, de quelque maniere qu'elle se soit annoncée et sous quelqu'aspect qu'elle se présente, est une maladie des plus redoutables dont on n'obtient presque jamais la guérison, parce que dans la plupart des cas on en méconnaît pendant fort long-temps la nature et le siége.

1700. Cette phlegmasie se manifeste parfois chez des sujets d'ailleurs vigoureux et doués d'une bonne constitution, par suite de causes purement accidentelles; dans ce cas, il convient de débuter par une saignée modérée, ensuite on fait appliquer des sangsues à la région laryngée, on recommande le régime lacté, l'abstinence du vin et de la nourriture animale; on fait appliquer un vésicatoire ou mieux un cautère au bras, et l'on prescrit de ne parler que le moins possible et d'éviter toute espèce d'excès, surtout dans le coït.

S'il n'existe pas de douleur au larynx, ou si elle cesse de se faire sentir après l'application des sangsues, il est inutile de recourir à ce moyen, sauf le cas où la douleur reparaît, mais il faut insister for-

tement sur les moyens qui viennent d'être indiqués, et parmi lesquels le régime lacté et le silence sont surtout indispensables.

Il m'est arrivé plusieurs fois de faire cesser immédiatement, par l'application des sangsues au larynx, une vive douleur qui se faisait sentir vers cet organe, chez un sujet affecté de laryngite et de pneumonie chroniques, mais la maladie n'en continua pas moins son cours vers une fin funeste.

1701. Les boissons mucilagineuses tièdes et sucrées, prises par gorgées à chaque instant, et les pastilles mucilagineuses que l'on laisse fondre dans la bouche, ajoutent à l'action du régime doux et la fortifient.

1702. L'inspiration des vapeurs aqueuses doit être mise en usage, comme le seul topique qu'il soit possible de mettre en contact avec la membrane laryngée; peut-être est-ce dans les cas de ce genre que l'inspiration du chlore à travers l'eau s'est montrée efficace.

1703. L'air dans lequel vit le malade doit être maintenu à quatorze ou quinze degrés de Réaumur; cette recommandation est d'une grande importance.

1704. Les alimens et les boissons doivent être toujours tièdes, ni chauds ni froids, malgré le dégoût que cette température moyenne inspire aux malades.

1705. La guérison de la laryngite chronique serait peut-être moins rare, si les malades consentaient à s'imposer un silence absolu; au moins doivent-ils

ne parler qu'à voix basse, et le plus rarement possible, quand ils ne peuvent se taire.

1706. J. Frank a vu le proto-chlorure de mercure accroître tous les accidens de la laryngite chronique, et y ajouter ceux d'une salivation redoutable.

1707. Quand la maladie est arrivée à un tel degré que le dépérissement en est la suite, lors même que le poumon n'est point lésé, rien ne peut plus sauver le sujet; alors seulement l'opium peut être employé avec prudence, pour procurer quelques instans de sommeil et prolonger l'existence; administré plutôt, ce moyen pourrait supprimer l'expectoration, tandis qu'à cette époque, si cet inconvénient n'est pas moins imminent, on est autorisé à le braver jusqu'à un certain point.

1708. Lorsque l'on présume l'ulcération du larynx, il n'en résulte aucune modification au traitement, presque toujours infructueux, qui vient d'être exposé.

Traitement de l'inflammation partielle du larynx.

1709. Van-Swieten disait de l'inflammation qui affecte la partie supérieure du larynx, qu'elle était la plus dangereuse des angines, et celle qui causait le plus promptement la mort; la saignée jusqu'à défaillance lui paraissait le premier moyen à mettre en usage, et il recommandait de la répéter dès que les symptômes menaçaient de reparaître; il vaut mieux, disait-il, que le sujet privé de sang languisse

quelque temps, qu'il ne meurt suffoqué. Tout porte à croire, en effet, que l'inflammation du larynx est d'autant plus redoutable qu'elle affecte la partie supérieure de cet organe, ou qu'elle y sévit avec plus de force, lorsqu'elle en envahit la totalité. C'est donc dans des cas de ce genre que les émissions sanguines doivent être aussi abondantes que possible.

1710. Lorsqu'au contraire l'absence des symptômes de spasme des muscles du larynx fait présumer que la partie inférieure de cet organe est plus vivement enflammée que sa partie supérieure, les émissions sanguines peuvent être moins copieuses sans être moins efficaces, parce que le péril est moins grand. Néanmoins l'expérience n'a pas encore irrévocablement confirmé ces vues où la spéculation entre pour beaucoup.

Des indications relatives à l'action des poisons sur le larynx.

1711. Lorsque les poisons liquides, âcres, corrosifs, passant de la bouche dans le pharynx et agissant sur les côtés de l'épiglotte et sur l'épiglotte elle-même, déterminent l'inflammation de ces parties, il convient d'appliquer des sangsues sous la mâchoire inférieure, sur les côtés de la partie supérieure du larynx. Il faut en même temps prescrire les boissons et les gargarismes mucilagineux très-fréquemment répétés, en un mot se conduire comme dans le cas d'inflammation de l'arrière-bouche.

1712. Les poisons gazeux et les vapeurs irritantes et délétères qui pénètrent dans le conduit respiratoire, venant à déterminer les symptômes de la laryngite, on doit alors mettre en usage tous les moyens indiqués contre cette phlegmasie, comme si elle provenait de tout autre cause. Il faut d'ailleurs avoir recours à tous ceux que peuvent exiger le trouble ou la suspension de la respiration et qui seront signalés à la fin de ce livre.

Des indications relatives à la présence des corps étrangers dans le larynx.

1713. Les liquides ne pénétrant jamais qu'en fort petite quantité dans le larynx et la toux qu'ils déterminent provoquant leur expulsion, il n'y a rien à faire pour remédier aux inconvéniens de leur présence dans cet organe, à moins que par suite il ne s'y manifeste de l'inflammation.

1714. Les corps solides qui s'introduisent dans le larynx, tels qu'un noyau, un pepin, un haricot ou tout autre corps analogue, qui s'y trouve précipité, quand le mouvement de déglutition coïncide avec celui de l'inspiration ou de l'émission de la voix, sont difficilement chassés en dehors par les seuls efforts de l'organe et de ses congénères. Si cette expulsion n'a point lieu, si la toux est violente, si l'anxiété, le sentiment de suffocation, la rougeur et le gonflement de la face persistent et vont en augmentant, il faut, sans plus attendre, inciser la membrane crico-thyroïdienne, et, en outre, s'il est

nécessaire, le cartilage cricoïde, et même un ou plusieurs anneaux de la trachée. Cette opération est sans grand inconvénient, puisque le conduit aérien n'est pas encore enflammé.

Lorsque le conduit respiratoire est ainsi ouvert, si le corps étranger est flottant, il se présente à l'ouverture, et en sort chassé par l'air, ou bien il s'y arrête et on l'y saisit.

Lorsqu'il est fixé plus haut ou plus bas que l'ouverture, il ne paraît point; il faut en rechercher le siége à l'aide d'un stylet courbe, puis prolonger l'incision, selon le cas, soit en haut en fendant le cartilage thyroïde sur la ligne médiane, soit en bas en divisant un ou plusieurs anneaux de la trachée.

Il peut arriver que le corps ne se présente point à l'ouverture, qu'on ne puisse reconnaître l'endroit où il est fixé, et que le lendemain on le trouve sous l'appareil (*Dupuytren*).

1715. Il est difficile de dire quelle conduite il aurait fallu tenir dans le cas où une sangsue s'était introduite dans le larynx et détermina la suffocation. On aurait sans doute empêché la mort en ouvrant à temps le larynx, mais rien ne pouvait révéler la présence de la sangsue.

1716. Si jamais un ascaride lombricoïde s'introduit dans le larynx, on doit toujours l'ignorer pendant la vie; par conséquent il n'y a lieu pour ce cas à aucune indication; on doit en dire autant de la présence des hydatides pulmonaires dans le larynx.

Traitement de l'hémorrhagie du larynx.

1717. L'hémorrhagie du larynx se confond toujours avec celle des autres parties du conduit respiratoire; elle offrirait encore les indications relatives à l'hémorrhagie des bronches, si l'on pouvait la distinguer de celle-ci.

Traitement de la névralgie du larynx.

1718. Il n'y a rien à dire de la névralgie du larynx sous le rapport du traitement, puisque le diagnostic de cet état morbide présumé est encore à trouver.

Traitement du spasme du larynx.

1719. Il s'en faut que l'histoire du spasme du larynx soit complète, elle est à peine ébauchée; les observateurs qui voudront la compléter devront observer les caractères sous lesquels il se montre dans la laryngite, lorsqu'il se joint à la trachéite, à la bronchite; il faudra aussi le distinguer du spasme de la trachée, des bronches et de leurs ramifications; en un mot rechercher, mieux qu'on ne l'a fait jusqu'ici, ce que les voies aériennes offrent de spasmodique dans le croup, la coqueluche, l'asthme, l'hystérie, l'hypochondrie et l'hydrophobie.

1720. Lorsque le diagnostic du spasme du larynx

sera rendu facile, il faudra rechercher les cas où il dépend de l'inflammation, juger jusqu'à quel point il convient alors de faire succéder les stimulans diffusibles des membranes muqueuses et les rubéfians de la peau, à l'emploi des émissions sanguines générales et locales, et décider enfin quels moyens sont indiqués quand ce spasme est primitif, indépendant de toute irritation inflammatoire et de toute inflammation prononcée du larynx.

1721. En attendant la solution de ces problèmes, on conseille d'administrer les huiles essentielles et les eaux distillées aromatiques, les gommes fétides, le musc, les éthers, le camphre, l'acide hydro-cyanique, toutes les fois que l'on suppose un spasme du larynx. Il serait impossible de citer un cas où ces moyens aient fait manifestement cesser l'état morbide contre lequel on les dirigeait. Il est à remarquer que l'opium a été moins vivement recommandé, et c'est avec raison, car il est bien dangereux de provoquer l'assoupissement chez un sujet menacé de suffocation; mais si on s'est abstenu de l'opium à l'intérieur, en revanche on l'a recommandé en topique; de cette manière il a l'avantage de ne pas nuire.

Cullen, qui pensait que le spasme de la glotte est souvent mortel dans la laryngite, déclare que les anti-spasmodiques ne lui ont paru d'aucune utilité.

Traitement de la paralysie du larynx.

1722. Si la paralysie du larynx dépend de l'état de l'encéphale, comme cela existe dans la presque totalité des cas, c'est vers l'encéphale que doivent être dirigés les moyens de traitement. On excite, on rubéfie d'ailleurs la peau du cou par tous les moyens appropriés ; mais on réussit bien rarement à produire plus qu'une amélioration, encore celle-ci est-elle si lente qu'il est fort douteux qu'elle soit due aux moyens mis en usage.

1723. Si la paralysie du larynx dépend de la lésion d'un autre organe que l'encéphale, c'est vers cet organe que l'attention doit se diriger. Dans des cas présumés de ce genre, on a cru obtenir de bons effets des vésicatoires et même des vomitifs.

Traitement des altérations de la voix et de la parole.

1724. La faiblesse de la voix et sa nullité, l'enrouement et la gravité de la voix dépendent soit du peu d'énergie ou de la paralysie des muscles du larynx, soit de l'état d'irritation, d'inflammation, d'engorgement de la membrane muqueuse de cet organe. Il faut par conséquent s'attacher à corriger ces deux états selon que l'un ou l'autre existe. Quand la perte de la voix est due à la paralysie du larynx, il est bien rare qu'on en obtienne la guérison, si même cela est jamais arrivé. Mais il est un troisième cas auquel il faut avoir égard relativement à la faiblesse et à l'extinction de la voix; c'est lorsque ces

deux états dépendent de ce que les poumons ne fournissent plus un volume d'air suffisant pour la production du son, ou de ce que le volume d'air est expulsé de la poitrine trop faiblement pour que dans un temps donné il en sorte par le larynx la quantité nécessaire à la production de la voix; dans ce cas, c'est à l'état de la trachée, des bronches, du poumon, de la plèvre et des muscles expirateurs qu'il faut remédier autant que possible.

1725. La voix entrecoupée et tremblante étant toujours l'effet d'un trouble momentané dans l'influx nerveux et dans le mouvement musculaire du larynx et des parois de la poitrine, cet état est toujours passager et ne réclame aucun traitement.

1726. La voix double n'a été entendue que chez un seul sujet, on ne sait par conséquent ce qui devrait être fait en pareil cas.

1727. Le bégaiement consiste: soit dans des efforts irréguliers pour répondre avant que la pensée ait fourni les matériaux de la réponse ; soit dans un embarras de la pensée, puis des organes de la parole et même de la voix, provenant d'une timidité excessive; soit dans un besoin irrésistible d'expiration très-prompte; souvent ces trois circonstances ont lieu en même temps. Pour guérir le bégaiement, il faut donc ralentir les mouvemens nécessaires à l'émission de la voix et à l'articulation de la parole, accélérer ou ralentir, raffermir la pensée, et fortifier le sujet contre le sentiment dégradant d'une honte sans motif encore accrue par son effet. C'est sans doute en satisfaisant à ces indica-

tions par une certaine direction donnée aux organes de la pensée, de la voix et de la parole que madame Leigh en Amérique, M. Broster en Angleterre, et MM. Malbouche en Belgique et en France, ont obtenu des succès qui paraissent être complets et durables : malheureusement leurs procédés sont secrets.

Itard est parvenu à guérir le bégaiement au moyen d'un petit instrument qu'il plaçait dans la bouche et qui y tenait lieu des cailloux à l'aide desquels Démosthène parvint à se guérir d'une semblable infirmité ; mais il ne faut pas oublier que l'orateur grec, en déclamant sur le bord de la mer, s'habituait ainsi à ne point se laisser imposer par les murmures du peuple.

Le bégaiement passager ou plutôt le balbutiement du délire et de l'ivresse n'exige aucun autre moyen que ceux qui sont propres à faire cesser l'état de trouble ou de souffrance de l'encéphale.

1728. Le grasseyement ne peut cesser que par des exercices poursuivis avec opiniâtreté et la fréquentation exclusive des personnes qui n'ont point ce vice de prononciation.

Il en est de même de la blésité, qui, bien plus souvent encore, dépend de l'imitation, ordinairement volontaire, des personnes chez lesquelles on observe ce vice de prononciation.

1729. La voix gutturale est sans remède quand elle ne dépend point d'une phlegmasie curable de l'arrière bouche, ou d'un gonflement susceptible d'être guéri des amygdales.

1730. La mue de la voix n'exige aucun remède, si ce n'est le repos des organes vocaux, l'abstinence du chant et des cris.

1731. Le ronflement étant dû à l'influence du cerveau sur le larynx et les muscles des parois de la cavité respiratoire, ou de l'obstruction des fosses nasales, il faut, pour le faire cesser, rétablir l'encéphale ou les voies nasales dans leur intégrité.

1732. Le nasillement dépend de l'oblitération des cavités nasales ou de l'habitude; il faut donc renoncer à celle-ci ou combattre celle-là, pour que la voix revienne à son état naturel.

1733. Ce qu'on appelle *ventriloquie* est une faculté volontaire et non une maladie, par conséquent elle ne présente aucune indication. Peut-être est-elle involontaire chez quelques hystériques.

1734. La perte momentanée de la faculté d'articuler des mots provenant d'une foule d'états différens de l'encéphale ou des organes qui concourent à la prononciation en général, ou à la prononciation de quelques lettres, n'exige aucun moyen spécial de traitement.

1735. La perte de la parole qui dépend de la perte de la voix, de l'impossibilité de produire des sons, n'a lieu que chez les vieillards d'un âge extrêmement avancé, ou chez les malades excessivement affaiblis, encore reste-il, pour l'ordinaire, un filet de voix que les organes de la parole mettent à profit. Il faut pouvoir guérir la perte de la voix pour rétablir la parole quand elle cesse par cette cause.

Le mutisme provenant de l'insuffisance des facultés intellectuelles, soit générale, soit partielle, ne peut être guéri que si l'on parvient à remettre l'encéphale dans son état normal; ce qui ne peut jamais avoir lieu si la perte de la parole dépend d'un vice primitif de conformation. Si la lésion du cerveau est accidentelle, sa guérison entraîne celle du mutisme.

Enfin, si le mutisme provient de la surdité, il est incurable, quand la surdité est complète; il est susceptible d'amélioration, si la surdité n'est pas complète; il cesse lorsqu'on obtient la guérison complète de la surdité, et il ne reste plus qu'à instruire le sujet à prononcer (1).

CHAPITRE II.

DES MALADIES DE LA TRACHÉE-ARTÈRE.

1736. La trachée-artère est soumise à l'action de tous les modificateurs qui agissent sur le larynx, si on en excepte les liquides qui dépassent rarement la glotte, excepté dans le cas de submersion; mais elle en ressent l'impression moins vivement que le larynx, et comme elle ne fait que livrer passage à l'air, ses maladies donnent lieu à des phénomènes moins caractérisés que ceux des maladies du larynx.

(1) Itard, *Sur la surdi-mutité*, dans son *Traité des maladies de l'oreille*, et ses *Lettres* dans *le Globe*. — Deleau, *Opuscules sur la guérison de la surdité*.

1737. Les maladies de la trachée-artère sont rarement primitives, rarement simples, presque toujours les maladies des bronches ou du larynx les précèdent et les accompagnent.

ARTICLE PREMIER.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DE LA TRACHÉE-ARTÈRE.

1738. Les signes des maladies de la trachée-artère sont encore peu connus, parce que la rareté des cas où celles-ci sont sans complication n'a pas encore permis de les isoler parfaitement des phénomènes des maladies des bronches et du larynx. Cette distinction est d'ailleurs plus facile à faire chez les adultes, parce qu'ils peuvent indiquer le siége de la douleur.

1739. Toutes les causes susceptibles de déterminer l'inflammation du larynx peuvent déterminer la phlegmasie de la trachée-artère (1); mais les circonstances qui se rapportent à l'exercice de la voix agissent moins sur celle-ci que sur le larynx.

Souvent l'inflammation de la trachée-artère vient se joindre à la bronchite; dans ce cas, elle se propage quelquefois au larynx.

1740. L'*inflammation aiguë* de la trachée-artère offre, dans ses phénomènes, une grande ressemblance avec la laryngite, et l'on doit lui appliquer

(1) *Angine trachéale. Trachéite.* Home, Jurine, Albers, *Op. cit.* — Renauldin, art. *Angine* du *Dict. des Sc. méd.*

tout ce qui a été dit de celle-ci dans le chapitre précédent, sauf les particularités suivantes :

Le sujet éprouve un sentiment d'âpreté, de sécheresse, de chaleur, de chatouillement, de picotement, de douleur lancinante, obtuse ou pongitive, dans un point de la trachée-artère ; cette sensation l'excite à tousser; la toux est d'abord sèche, ensuite il expectore, ordinairement des mucosités filantes, quelquefois des mucosités puriformes, rarement des lambeaux membraniformes. La chaleur ressentie dans le conduit aërien augmente, ainsi que la douleur, pendant l'inspiration. La voix est ordinairement sans changement, elle est quelquefois rauque, enrouée, jamais sonore, aigue ni glapissante, et l'inspiration n'est point sifflante, à moins que la laryngite n'ait lieu en même temps. A l'aide du cylindre, on entend, ordinairement, dans la région trachéale, le gargouillement appelé râle muqueux, tandis qu'on n'entend dans la poitrine aucun des bruits qui accompagnent l'inflammation des bronches ou du poumon, à moins que celle-ci ne coëxiste avec la trachéite.

L'inflammation aiguë de la trachée-artère n'est point dangereuse, toutes les fois qu'elle est simple et peu intense. Lorsqu'elle est très-vive, elle peut entraîner absolument les mêmes résultats que la laryngite sur-aiguë, et par conséquent la mort.

Lorsque l'inflammation s'étend de la trachée-artère au larynx, ou de celle-ci à la trachée-artère, on voit alors se développer au plus haut degré l'ensemble des phénomènes auquel on a donné le nom de *croup*,

et qui dépend alors de la *laryngo-trachéite*, complication plus fréquente que la laryngite sur-aiguë à l'état de simplicité.

L'inflammation aiguë de la trachée-artère laisse après elle ordinairement les mêmes traces que la bronchite aiguë, et quelquefois celles de la laryngite sur-aiguë.

Lorsqu'elle fait périr le sujet, on trouve ordinairement dans la trachée des mucosités, les unes filantes, les autres puriformes; quelquefois on y trouve une couche membraniforme, même dans certains cas où le larynx ne renferme rien de pareil. Ce dernier doit néanmoins être exploré avec soin, car il peut offrir des traces d'inflammation, quoiqu'il n'en recèle point de produits matériels, ceux-ci ayant été expectorés, ou n'ayant pas eu le temps de s'y former.

1741. Quelle que soit son intensité, l'*inflammation* aiguë *de la trachée-artère* peut, en devenant moins vive, passer à l'état *chronique;* mais, le plus souvent, lorsqu'elle affecte ce type, elle s'est développée lentement, et le diagnostic n'en est manifeste que lorsque le mal est parvenu au plus haut degré d'intensité (1).

Si le larynx est enflammé en même temps que la trachée-artère, les phénomènes propres à la laryngite chronique dominent.

(1) *Trachéite chronique. Phthisie trachéale.* — Borsieri, *Op. cit.* — Schœnbach, *de Phthisi tracheali*; Vilna, 1808 —Cayol, *Recherches sur la Phthisie trachéale*; Paris, 1810. — J. Frank, *Op. cit.*

Si la trachéïte chronique est simple, la douleur est fixe et répond, non pas au larynx, mais à la trachée; la voix est seulement faible, la respiration n'est point sifflante, il n'y a point d'accès de suffocation, ni de sentiment de constriction vers le larynx. La toux est d'ailleurs opiniâtre, et fait expectorer des mucosités puriformes, et l'on observe la fréquence du pouls et la chaleur de la peau, avec redoublement le soir, les sueurs avec faiblesse, et l'amaigrissement, qui accompagnent toute phlegmasie des principaux organes respiratoires.

Ordinairement lorsque l'inflammation est fort ancienne, elle finit par se prolonger de la trachée-artère au larynx, ou de celui-ci à celle-là; pour lors il devient difficile de décider si la trachée y participe, à moins que, d'une part, la douleur ne se fasse sentir distinctement dans cet organe, alors même qu'elle existe dans le larynx, tandis que, de l'autre, l'altération de la voix, qui devient quelquefois aiguë, ne permet pas de douter de la lésion de ce dernier.

L'inflammation chronique de la trachée-artère, même lorsqu'elle est simple, et, à plus forte raison, quand elle est compliquée de celle du larynx, entraîne presque nécessairement la mort, et d'autant plus qu'ordinairement on ne la reconnaît que lorsqu'elle est devenue incurable, ou lorsque le poumon est affecté.

Il ne faut pas croire, avec certains praticiens, que les douleurs ressenties vers la trachée-artère, par les sujets affectés de bronchite ou de

pneumonite chroniques, soient toujours purement sympathiques, on s'exposerait à de graves erreurs de diagnostic; car, lorsqu'elles sont fixes et fort intenses, elles indiquent au moins une vive inflammation sinon une ulcération de la trachée; et lorsqu'on y remédie promptement, on retarde la fin du sujet, quand on ne parvient pas à l'empêcher.

On trouve, après l'inflammation chronique de la trachée-artère, les mêmes altérations qu'à la suite de la laryngite chronique.

1742. Louis a observé des *ulcères* de la trachée-artère, trente-une fois sur cent-deux sujets dont le poumon était tuberculeux (1). Chez la plupart, la membrane muqueuse était d'un rouge vif, surtout dans la moitié inférieure de la trachée, lieu où les ulcères étaient plus nombreux et plus étendus; quelquefois il s'y joignait un léger épaississement et un ramollissement peu marqué de la membrane muqueuse. Ces ulcères étaient d'une à plusieurs lignes de diamètre, arrondis, ovalaires ou irréguliers; leurs bords étaient coupés à pics, leur fond d'autant plus dur et épaissi qu'ils étaient plus étendus, et quelquefois détruit. Dans ce dernier cas, la tunique musculaire, épaissie et quelquefois ulcérée, formait le fond de ces ulcères. Parmi ceux-ci, les plus petits occupaient tout le pourtour de la trachée-artère, les plus étendus correspondaient à la portion charnue de ce conduit. Chez quelques sujets, plusieurs des cerceaux cartilagineux étaient dé-

(1) *Op. cit.*

nudés, amincis, en partie détruits; une fois Louis a trouvé un de ces cerceaux fendu dans le sens de sa longueur. Sur un sixième des sujets qu'il a observés, la membrane muqueuse était détruite, dans presque toute la partie de son étendue qui répond au côté charnu de la trachée.

Andral a trouvé toute la surface interne de la trachée-artère, véritablement criblée, depuis son origine jusqu'un peu au dessus de sa bifurcation, par une foule d'ulcérations tellement multipliées et pressées qu'elles occupaient plus d'étendue que les espaces interposés entre elles. Le sujet avait accusé pendant la vie un sentiment de chaleur plutôt qu'une véritable douleur dans tout le trajet de la trachée-artère; chaque inspiration était accompagnée d'un sifflement. Les bronches étaient rouges, mais sans ulcération.

Chez les sujets à poumon tuberculeux, observés par Louis, et qui n'offraient point d'ulcères à la membrane muqueuse trachéale, celle-ci était d'autant plus rouge qu'on l'examinait plus près de la bifurcation bronchique, et surtout au niveau de la portion charnue.

Un seul des sujets chez lesquels ce médecin a observé des ulcères à la trachée, accusa, long-temps avant la mort, le sentiment d'un obstacle placé au dessus et derrière le sternum, et bientôt de la chaleur en cet endroit: on trouva la membrane muqueuse détruite dans toute sa partie correspondante à la région postérieure. D'autres sujets se plaignaient de douleur au larynx, quoiqu'il n'y eût pas d'ulcère à cet

organe, et que les plus considérables de ceux de la trachée fussent situés près de sa bifurcation ; mais il ne faut pas oublier que chez ces sujets les poumons étaient tuberculeux.

Il résulte des recherches de Louis, en récapitulant le nombre des cas où il a trouvé le larynx, l'épiglotte et la trachée-artère ulcérés, ensemble ou séparément, que sur cent-deux sujets dont les poumons étaient tuberculeux, quarante-quatre avaient des ulcères, au moins dans une de ces parties.

Sur cent-quatre-vingt sujets dont les poumons n'étaient point tuberculeux, Louis n'a trouvé qu'une seule fois la trachée-artère ulcérée; le larynx l'était également.

1743. La *perforation de la trachée-artère* a lieu lorsque l'ulcération, ne se bornant plus à la membrane muqueuse, atteint les tissus sous-jacens. Andral a observé deux cas de ce genre, dans lesquels la perforation existait à la partie postérieure de la portion cervicale de la trachée-artère :

Dans l'un, le fond de l'ulcère était formé par l'œsophage adhérent au pourtour par un tissu cellulaire serré.

Dans l'autre, la perforation existait à l'œsophage comme à la trachée-artère, ces deux conduits communiquaient librement ensemble; une gêne peu considérable de la déglutition, une petite toux chaque fois que le sujet avalait, et le sentiment de la présence d'un obstacle à la déglutition à la partie moyenne inférieure du cou, avaient été les seuls symptômes.

La perforation de la trachée-artère, au lieu d'être primitive et de se faire de dedans en dehors, comme dans les cas qui viennent d'être indiqués, peut être secondaire et s'effectuer de dehors en dedans. C'est ce qui a lieu quelquefois chez les enfans, lorsque des ganglions lymphatiques, en se ramollissant, contractent des adhérences avec la trachée-artère, font, par leur présence, disparaître lentement les cerceaux cartilagineux et la tunique fibreuse, se mettent en contact immédiat avec la membrane muqueuse, puis occasionent l'inflammation, le ramollissement, la perforation de cette membrane, et versent dans la trachée-artère la matière molle qu'ils contiennent. Chez les adultes, des tumeurs anévrismales déterminent quelquefois l'ulcèration et la perforation de la trachée-artère, à tel point que le sang finissant par être versé dans celle-ci, la mort par suffocation en est le résultat.

1744. Ce qui a été dit de la présence des *corps étrangers* de toute espèce dans le larynx, s'applique à peu près à ceux qui s'introduisent dans la trachée-artère. Peut-être ceux de ces corps qui sont susceptibles de se fixer à la paroi de ce conduit, finissent-ils par être de peu d'importance, excepté sous le rapport de l'inflammation que leur contact détermine.

L'eau qui pénètre dans la trachée-artère, par suite de la submersion, n'irrite point la membrane muqueuse trachéale comme celle qui revêt les bords de la glotte, et elle passe dans les bronches,

de telle sorte qu'on ne la trouve que rarement et en fort petite quantité dans la trachée-artère.

1745. On n'en sait guère plus sur l'*hémorrhagie de la trachée-artère*(1) que sur celle du larynx. On dit que la toux est moins forte que lorsque le sang vient du poumon; que c'est un crachement plutôt qu'une expectoration, et que le sang est expulsé avec très-peu d'efforts; que le sujet éprouve un sentiment de démangeaison, de chatouillement, de chaleur, dans la trachée-artère, et qu'aussitôt le sang est porté dans l'arrière-bouche; que ce liquide est clair, jaunâtre, chaud, ou se montre sous forme de stries mêlées à la salive; que la voix est sourde, quelquefois rude. Tous ces signes, indiqués par Dreyssig, sont bien peu caractéristiques.

1746. Rien jusqu'ici n'a donné lieu de constater une *névralgie de la trachée-artère*. Il faut néanmoins chercher quel peut être le siége de vives douleurs que certaines personnes éprouvent sur les côtés de cet organe.

1747. Il est permis de supposer que la trachée-artère, organe éminemment musculeux, peut éprouver des spasmes, des contractions durables, et même des convulsions; mais c'est ce que l'observation n'a pas encore démontré. Il y aurait d'ailleurs peu d'inconvénient au resserrement d'un tube qui ne fait que livrer passage à l'air, et qui ne concourt guère à la production de la voix que par le plus ou moins grand volume d'air qu'il contribue proba-

(1) *Trachéorrhagie.*

blement à chasser dans le larynx. Quelle que fût la constriction de la trachée-artère, elle ne pourrait nuire beaucoup à l'inspiration ni à l'expiration, en raison de ce que ses cerceaux cartilagineux s'opposent à la diminution de son calibre. Le seul cas où le resserrement de la trachée-artère pourrait donner lieu à la gêne de respiration, serait celui où il aurait lieu tout à coup, à l'instant de la l'expiration, car alors, de prime-abord, il sortirait moins d'air qu'il n'en serait resté; cet effet serait donc purement instantané.

1748. La *paralysie* de la trachée-artère est encore moins connue que celle du larynx, et en raison de la structure demi-cartilagineuse de la trachée-artère, elle aurait sans doute peu d'importance lors même qu'elle serait fréquente : il est douteux qu'il en résultât de la difficulté dans l'inspiration et même de la lenteur dans l'expiration.

1749. Ce qui a été dit du *mucus* du larynx dans l'état de maladie, s'applique à celui de la trachée-artère dans le même état.

1750. L'état inflammatoire, l'épaississement, l'engorgement muqueux, l'ulcération de la membrane muqueuse de la trachée-artère, doivent sans doute porter quelqu'atteinte au caractère de la voix, mais on ne sait encore sur ce point que ce que nous en avons dit à l'occasion de ces divers états de la trachée-artère.

ARTICLE II.

TRAITEMENT DES MALADIES DE LA TRACHÉE-ARTÈRE.

1751. Le traitement des maladies de la trachée-artère est tantôt celui des maladies des bronches, tantôt celui des maladies du larynx, selon qu'elles sont compliquées avec celles-ci ou avec celles-là. Il est rare que l'on s'occupe des indications spéciales relatives à la trachée-artère, lors même qu'elle est évidemment lésée, comme lorsque l'état morbide s'étend de la glotte jusque dans les bronches.

1752. La *trachéïte* aiguë peu intense ou jointe à une bronchite légère, n'exige que le repos, le silence, la diète et les boissons mucilagineuses.

Lorsque les symptômes de la trachéïte aiguë ou chronique se joignent à ceux de la laryngite ou de la bronchite, aiguës ou chroniques, il ne faut pas se borner à l'application des sangsues sous la mâchoire inférieure ou à la partie moyenne du sternum; il faut aussi en appliquer précisément au dessus du bord supérieur de cet os, afin d'agir le plus directement possible sur la trachée.

Lorsque la maladie débute par l'inflammation de la trachée-artère, en appliquant des sangsues à l'endroit qui vient d'être indiqué, on prévient quelquefois la bronchite et même la laryngite, résultat précieux, surtout chez les enfans, en raison

du danger de toute phlegmasie qui envahit la totalité du canal glotto-bronchique.

Quand on a lieu de penser que la trachée-artère est seule mais vivement enflammée, et bien que l'on n'observe point les symptômes particuliers à l'inflammation du larynx, lorsque la trachéite menace la vie du sujet il ne faut pas agir avec moins d'énergie que dans le cas de laryngite sur-aiguë, et l'on doit en outre appliquer des sangsues en très-grand nombre, immédiatement au dessus du bord supérieur du sternum.

Ce dernier mode d'application des sangsues est encore indiqué, mais il ne faut faire usage que d'un petit nombre de ces animaux, lorsque l'inflammation de la trachée-artère est chronique, et qu'une douleur fixe ou tout au moins de la chaleur se fait sentir dans la région trachéale.

L'inflammation de la trachée-artère étant plus difficile à distinguer chez les enfans très-jeunes, parce qu'ils ne peuvent indiquer exactement le siége de leur douleur, on est plus exposé à la méconnaître, et lorsque les signes de la laryngite ne se joignent pas à ceux de la trachéite, on néglige trop souvent de mettre en usage le traitement énergique nécessaire, jusqu'à ce que la laryngite sur-aiguë éclate, ou que la mort ait lieu par le seul fait de la trachéite.

Quelque pénible qu'il soit de voir souffrir sans pouvoir soulager, rien n'est capable de faire cesser les douleurs de la trachée ulcérée, si ce n'est l'opium qui procure quelques heures de sommeil,

après lesquelles le sujet souffre davantage, ou demeure dans une stupeur délirante; on finit par ne plus obtenir de sommeil, si ce n'est en donnant de hautes doses d'opium qui ne sont jamais sans danger chez un sujet faible et dont la respiration est gênée.

1753. Les *corps étrangers* solides introduits dans la trachée doivent être extraits à l'aide d'une incision pratiquée à ce conduit, comme pour le larynx. Les poisons liquides ne pénètrent guère dans la trachée. Les poisons gazeux seront considérés sous le point de vue thérapeutique, lorsque nous parlerons de leurs effets sur la respiration. L'eau qui s'introduit dans la trachée ne réclame l'emploi d'aucun moyen spécial.

1754. La conduite à tenir lorsque l'on présume qu'il y a *hémorrhagie* de la trachée ne diffère point de celle qu'on doit suivre lorsque le sang provient des bronches, et qui sera indiqué dans le chapitre suivant.

1755. La *névralgie de la trachée-artère* n'ayant pas encore été distinctement observée, les praticiens se taisent sur le traitement qu'il conviendrait de lui opposer.

1756. Si jamais le *spasme* de la trachée-artère a lieu, on est autorisé à mettre en usage tous les moyens généralement recommandés contre les spasmes, et qui sont pour la plupart des excitans à odeur pénétrante, forte, agréable ou fétide, pourvu que le spasme ne soit pas entièrement sous l'influence d'une phlegmasie de cet organe.

1757. Le traitement de la *paralysie* de la trachée-artère se confond avec celui des autres paralysies plutôt soupçonnées que bien constatées.

1758. A l'égard du mucus trachéal et des différentes formes qu'il affecte, les indications sont les mêmes que pour celui du larynx.

CHAPITRE III.

DES MALADIES DU CORPS THYROIDE (1).

1759. Le corps thyroïde semble n'être sous l'empire d'aucune autre cause de maladie que les contusions et les plaies, et pourtant il est fréquemment le siége d'altérations graves encore peu connues, non seulement sous le rapport de leur origine, mais encore sous celui de leurs caractères respectifs. On ne s'est guère occupé des maladies de cet organe singulier, que relativement à la tumeur difforme qui résulte de son gonflement ou de l'accroissement de volume du tissu cellulaire qui l'entoure et pénètre ses granulations.

(1) Fodéré, *Traité sur le goître*; Paris, 1800. — Tardiveau, *Dissertation sur les maladies de la glande thyroïde*. Paris, 1803; in-8°. — Rullier, *Recherches sur quelques sujets de médecine*; Paris, 1808. — Coindet, *Découverte d'un nouveau remède contre le goître*, 1820; dans la *Bibliothèque universelle*, t. XV. — Hedenus, *Tractatus de glandula Thyroïdea*, Leipsick, 1822; in-8°.

ARTICLE PREMIER.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DU CORPS THYROIDE.

1760. L'*inflammation du corps thyroïde* (1) est déterminée, soit par le refroidissement subit de la peau, soit par une contusion, soit enfin par des topiques irritans.

Cette phlegmasie est parfois précédée de symptômes d'inflammation du larynx, de la trachée ou des bronches. Une vive douleur se fait sentir à la région laryngée, mais elle n'est point profonde, et la pression exercée sur cette région l'exaspère; il se développe en cet endroit, d'un seul ou des deux côtés, et en avant du larynx, une tumeur d'abord sans changement de couleur à la peau, puis colorée en rouge; cette tumeur est douloureuse au toucher, elle s'accroît rapidement. Lorsqu'elle est développée, la douleur tensive cesse de se faire sentir. La respiration est gênée, la déglutition excite de la douleur quoiqu'elle se fasse aisément; la face est légèrement gonflée, les conjonctives sont rouges, les pulsations des carotides sont visibles; la tête est douloureuse, des bourdonnemens se font entendre dans les oreilles, quelquefois il se déclare une hémorrhagie nasale; pour l'ordinaire, le pouls est plein et fréquent, surtout le soir, époque où les autres symptômes s'exaspèrent.

Il est rare que cette inflammation persiste au-delà

(1) *Thyroïdite. Goître inflammatoire.*

d'une semaine avec quelque vivacité; on l'a vue s'évanouir après une sueur abondante; la tumeur se résoud alors très-bien, lors-même que déjà des points de fluctuation annonçaient la présence du pus.

Dans d'autres cas, des douleurs lancinantes se font sentir, la tumeur devient inégale, bosselée, puis fluctuante dans un ou plusieurs points, parfois les tégumens s'ouvrent et du pus coule au dehors, ou bien il s'ouvre une voie dans la trachée; mais, le plus souvent, il reste incarcéré et s'évanouit où se convertit en diverses substances solides.

J. Frank a vu cinq fois l'inflammation du corps thyroïde sur des adolescens et des femmes.

L'inflammation aiguë du corps thyroïde se développe fréquemment dans les cas où ce corps étant naturellement très-développé ou déjà altéré dans sa structure, forme une tumeur que l'on cherche à faire disparaître par des topiques irritans.

Il n'est pas très-rare qu'à la suite de contusions ou de toute autre cause peu ou point connue, une douleur sourde se fasse sentir dans le corps thyroïde; d'abord de loin en loin, puis de plus en plus souvent, et avec une intensité lentement croissante, de telle sorte que le volume de cet organe s'accroît avec la même lenteur et finit par former une tumeur au-devant ou sur un côté du larynx. Parfois, alors, la douleur s'éteint, la tumeur seule reste, et il semble que jamais l'inflammation ne l'ait accompagnée.

1761. Lorsque le corps thyroïde est volumineux

sans coloration de la peau, et sans douleur (1), il n'y a dans la tumeur rien qui puisse faire distinguer si cet organe est seulement plus volumineux que chez d'autres sujets (*hypertrophie*), ou s'il est devenu le siége de quelques altérations de structure. Ces dernières ne peuvent être reconnues qu'à l'ouverture des cadavres.

On observe le goître chez les femmes plus souvent que chez les hommes; il commence ordinairement dès l'enfance, rarement dans l'âge adulte; il est très-commun dans les vallées profondes et brumeuses; l'humidité paraît contribuer à son développement; il se manifeste chez des sujets qui n'en éprouvaient aucun symptôme, lorsqu'ils viennent à séjourner dans un lieu où il est endémique, ensuite il se dissipe lorsqu'ils abandonnent le pays. On a supposé qu'il était dû au caractère séléniteux, calcaire des eaux. Il se développe quelquefois chez des sujets dont les parens en étaient affectés, même hors du pays que ceux-ci habitaient. Le goître se montre au plus haut et au plus hideux degré de développement chez certains idiots, dans les pays où l'on observe un grand nombre de tumeurs du corps thyroïde. Il cesse lorsque l'on quitte le pays où il a commencé à se manifester aussitôt que l'on s'aperçoit de son existence. Nous devons consigner ici une idée très-plausible de J. P. Frank sur la fréquence des goîtres dans les Alpes; il attribue une grande part à la production de cette tumeur au genre de vie des ha-

(1) *Goître*

bitans qui, dit-il, la plupart dans l'indigence, gravissent, essouflés, des montagnes presqu'inaccessibles, portent chaque jour à une hauteur prodigieuse les choses nécessaires à la vie, et sont dès l'enfance livrés à ce pénible travail dont tout l'effort porte principalement sur le larynx et la trachée-artère.

Le *goître* ou la tumeur chronique formée par le corps thyroïde dégénéré ou seulement hypertrophié, se développe ordinairement avec lenteur; ce n'est d'abord qu'une tumeur large, peu élevée, située à la région laryngo-trachéale, sans coloration de la peau, sans limite bien marquée, molle, cet air ne retenant pas l'impression du doigt qui pèse sur elle. Après deux ou trois ans, cette tumeur s'accroit, s'élève, elle acquiert de l'élasticité et paraît plus tendue, on y sent un ou deux corps obronds, bosselés et résistans, la surface de la tumeur est unie. Le sujet n'éprouve d'ailleurs aucune incommodité de la présence de cette tumeur : un caractère distinctif du goître est qu'elle s'élève et s'abaisse avec le larynx.

Bientôt des veines bleuâtres se dessinent sous la peau dilatée, la tumeur descend vers le sternum en s'élargissant à sa partie inférieure et se rétrécissant à sa partie supérieure; elle s'étend latéralement, acquiert de la dureté, comprime le larynx, la trachée-artère; la voix devient âpre, désagréable, croassante; la respiration devient difficile, anxieuse, surtout quand le sujet gravit une hauteur ou monte un escalier; la face devient rouge, livide, se tuméfie; il survient des vertiges, des hémorrhagies nasales, par-

fois de l'assoupissement; la déglutition éprouve de la difficulté à s'effectuer, elle finit quelquefois par être impossible.

Dans les cas assez peu communs où le goître arrive au plus haut point de développement, la mort peut en être l'effet, par suite de la compression du conduit respiratoire, de l'afflux ou de la rétention du sang vers la tête.

Lorsque l'on dissèque un goître on trouve que tantôt il consiste en une simple hypertrophie de la substance propre du corps thyroïde, tantôt dans l'altération, ordinairement, de cette substance, quelquefois du tissu cellulaire qui l'enveloppe et la pénètre.

Dans le premier cas, il n'y a de remarquable que le volume de l'organe et notamment de ses granulations.

Dans le second et le troisième cas, on trouve le corps thyroïde, tantôt blanchâtre, homogène dans son aspect et plus dur que dans l'état ordinaire; tantôt converti en une substance fibreuse, squirrheuse, encéphaloïde ou mélanique, fibro-cartilagineuse et même ossiforme dans quelques points; parfois on y trouve de petites concrétions lapidiformes qui ressemblent à du sable; quelquefois ce corps est seulement injecté, infiltré de sang, pénétré de caillots sanguins, ou converti en une cavité contenant du pus.

Il est souvent fort difficile de décider si l'altération que l'on observe a lieu dans la substance ou dans le tissu cellulaire du corps thyroïde; d'autres fois cela est manifeste, lorsque par exemple l'alté-

ration ne se montre qu'autour des lobules intacts de l'organe. Ainsi on trouve dans celui-ci des cellules dont les plus grandes pourraient contenir un pois, et remplies de matière aqueuse, melliforme, gélatiniforme, pultacée, caséiforme, de la consistance du suif ou d'apparence calcaire, enfin de sang ou de pus. Les parois de ces cavités sont parfois fibreuses, cartilagineuses et même osseuses.

Les artères, les veines, les vaisseaux lymphatiques et les nerfs du corps thyroïde, ont été trouvés plus volumineux que dans l'état ordinaire, chez des goîtreux.

1762. On a supposé qu'à la suite des cris violens qu'arrachent les douleurs de l'enfantement, de l'air pouvait passer dans le corps thyroïde et le rendre emphysèmateux; c'est une absurdité : le volume et la mollesse que ce corps acquiert quelquefois par suite de l'accouchement proviennent uniquement de l'afflux violent du sang, qui a lieu dans cet organe comme dans toutes les parties du col et de la tête. Il suffit d'avoir observé attentivement une femme en travail pour être convaincu de cette vérité.

Le gonflement que le corps thyroïde subit dans cette circonstance se dissipe ordinairement après l'accouchement; quelquefois il persiste, au moins à un certain degré; on doit alors le considérer comme un état variqueux des vaisseaux de ce corps.

Les vaisseaux si volumineux et si nombreux du corps thyroïde peuvent, en effet, après avoir été distendus outre mesure, ne plus revenir sur eux-mêmes et la tumeur rester gorgée de sang. Ces *varices*

s'ouvrent quelquefois et donnent lieu à des hémorrhagies inquiétantes.

1763. *L'emphysème du corps thyroïde* ne peut avoir lieu que lorsqu'à la faveur d'une solution de continuité à la trachée-artère l'air se répand dans le tissu cellulaire voisin; mais alors l'emphysème s'étend bientôt à tout le tissu cellulaire; jamais il ne se borne à celui du corps thyroïde.

1764. Il ne faut pas confondre avec le goître la tumeur permanente, peu volumineuse, élastique, indolente, sans coloration, que la pression fait disparaître lorsque le sujet inspire, et qui est due au passage d'une portion de la membrane muqueuse entre deux cerceaux de la trachée-artère (1), lésion au moins fort rare, si même elle a jamais été observée.

1765. Des *hydatides* ont été trouvées par Dehaen dans un corps thyroïde très-volumineux et dégénéré (2); Hewnden, Leske et Rullier en ont également trouvé dans cet organe.

ARTICLE II.

TRAITEMENT DES MALADIES DU CORPS THYROIDE.

1766. Quelle que soit la cause de l'inflammation du corps thyroïde, et qu'elle se manifeste lorsque cet organe est dans l'état normal ou lorsqu'il est hypertrophié, ou qu'elle se développe quand il a

(1) *Hernie trachéale.*

(2) *Ratio medendi*, VII, p. 131.

déjà subi diverses dégénérescences, il est nécessaire d'arrêter le cours de cette phlegmasie. Pour y parvenir, des sangsues au nombre de huit, dix ou douze doivent être appliquées autour de la tumeur; je dis autour et non sur la tumeur, parce que les piqûres de ces animaux pourraient favoriser la perforation de la peau que tend à provoquer l'inflammation sous-cutanée, et qui pourrait être suivie d'une plaie étroite et profonde, difficile à guérir.

Il faut en outre appliquer des cataplasmes mucilagineux, d'une température peu élevée, sur la tumeur; prescrire la diète, des boissons rafraîchissantes, des lavemens purgatifs et des bains de pieds rubéfians.

Si malgré ces moyens il s'établit dans la tumeur un ou plusieurs points de fluctuation annonçant la suppuration, il ne faut jamais se presser de les ouvrir; il vaut mieux attendre que la peau, commençant à s'enflammer, indique d'une manière certaine que l'issue du pus se fera à travers ce tissu; alors, ce résultat ne pouvant plus être évité, on doit le hâter en pratiquant sans plus de retard une ponction à l'aide d'une lancette. On vide avec soin la cavité, et l'on établit sur ses parois une molle compression pour en favoriser l'adhésion.

Si l'inflammation passe ou est déjà passée à l'état chronique, deux cas se présentent : des douleurs se font sentir dans la tumeur, ou bien celle-ci est parfaitement indolente; dans le premier cas, il faut continuer ou commencer à mettre des sangsues en petit nombre, autour de la tumeur, tous les jours ou

tous les deux jours, en même temps qu'on la couvre de cataplasmes mucilagineux opiacés, et que l'on met en usage les excitans de la peau et des voies digestives inférieures.

Lorsque les douleurs ont complètement cessé, la prudence conseille de cesser tout traitement, attendu qu'il ne reste plus que des moyens empiriques, susceptibles de réveiller l'inflammation et de provoquer la suppuration; à la vérité celle-ci procure quelquefois la diminution sensible de la tumeur, mais elle expose à des cicatrices désagréables. Au reste, ce motif n'existe point pour les hommes, mais il doit être pris en considération quand il s'agit d'une femme. La crainte des difformités, si naturelle au sexe, ne doit pas être dédaignée du médecin, puisque celui-ci ne doit chercher à guérir qu'autant que le sujet se soumet librement aux inconvéniens qui peuvent en résulter.

1767. Le *goître* est dans le plus grand nombre de cas rebelle à nos moyens de traitement, parce que le sujet reste sous l'empire des causes qui ont produit cet état morbide, parce qu'on est rarement consulté au début, et parce qu'on ne peut dans l'état actuel de la pratique reconnaître pendant la vie quel est l'état réel de l'organe dont on n'aperçoit que le volume exagéré et sur la nature duquel on n'a que des indices de peu de valeur.

Lorsque le goître est récent et la peau qui le recouvre intacte et sans varices, il n'y a aucun inconvénient à poser des sangsues autour de la tumeur, en même temps que l'on excite vivement les

extrémités inférieures et les gros intestins. Il faut en outre ramener toutes les habitudes du sujet aux lois les plus sévères de l'hygiène et le faire changer de pays.

C'est surtout dans les cas de ce genre que l'éponge brûlée, recommandée par Arnaud de Villeneuve, et l'iode, préconisé par Coindet, se sont montrés efficaces. Rien n'annonce d'ailleurs dans l'iode une qualité spécifiquement applicable aux gonflemens de toute espèce du corps thyroïde. Ce médicament que l'on administre à l'intérieur et que l'on emploie en frictions locales aurait peut-être procuré encore plus de guérisons, si on en eût fait précéder l'emploi de celui des sangsues : du moins aurait-on prévenu par là un accident désagréable qui s'est manifesté fréquemment, la suppuration.

L'effet remarquable de l'administration de l'iode sur les mamelles, qui sous son influence diminuent rapidement de volume et finissent souvent par disparaître, tend à faire croire que l'iode n'a d'autre propriété que de provoquer la maigreur, en raison de l'état d'irritation qu'il détermine dans les organes digestifs.

Néanmoins on ne doit point renoncer à l'emploi de ce médicament, dans les cas où aucune douleur ne se fait sentir, et lorsque les veines sous-cutanées ne sont point variqueuses. Mais il ne faut point oublier que J. P. Frank lui a reconnu de graves inconvéniens, tels que celui d'occasioner le crachement de sang et la perte de l'appétit ; à quoi nous ajouterons qu'un médecin très-connu de Paris est parvenu

à détruire pour toujours la santé brillante d'une jeune et belle femme, à laquelle il s'obstina pendant plusieurs mois à donner de l'iode, à une dose trop forte relativement à la sensibilité de l'estomac de cette personne.

Quand on fait prendre l'iode intérieurement, et lorsqu'on l'emploie en frictions, il arrive souvent que la tumeur devient molle dans divers points de son étendue : c'est souvent le signe précurseur de sa réduction ; il ne faudrait pas toujours y voir un travail de suppuration, à moins quela douleur ne se fît sentir en même temps, ainsi que la chaleur.

Quand des douleurs lancinantes très-vives et revenant à des intervalles inégaux sont ressenties dans le goître, et lorsqu'en même temps cette tumeur est fort dure et bosselée, la prudence doit engager à se borner à des embrocations avec l'huile opiacée, car on a lieu de craindre que tout stimulant énergique ne détermine le ramollissement des tissus accidentels qu'il est naturel de supposer en pareil cas.

Lorsque le goître est tellement volumineux qu'il gêne la respiration et apporte un obstacle au retour du sang venant de la tête, le régime sévère et les saignées générales sont indiquées, mais ces palliatifs cessent bientôt de procurer du soulagement.

La difficulté de guérir le goître doit engager tout sujet qui commence à en être affecté., à s'éloigner de son pays natal, surtout si ses parens étaient affligés de cette maladie, et à changer toutes ses habi-

tudes pour en prendre d'opposées, autant que la prudence le permette.

L'extirpation du goître ne doit être tentée que lorsqu'il envahit seulement une portion du corps thyroïde, ce qu'il n'est pas facile de constater avant et même pendant l'opération ; celle-ci est toujours fort dangereuse et ne doit être faite que lorsque la dégénérescence de l'organe commence à provoquer le ramollissement et l'ulcération.

1768. Le *gonflement sanguin* persistant du corps thyroïde, qui a lieu par suite de l'accouchement, doit être combattu par la saignée, les applications locales de sangsues et de glace, et les lavemens purgatifs, lorsque la femme est sortie de l'état de faiblesse qui s'opposerait à un pareil mode de traitement.

1769. L'*état variqueux* du corps thyroïde n'est usceptible d'aucune amélioration, par quelque traitement que ce soit.

1770. L'*emphysême* du corps thyroïde se dissipe peu à peu, comme celui de tout le reste du tissu cellulaire, sans qu'il soit nécessaire de recourir à aucun moyen particulier.

1771. La conduite à tenir, dans le cas où le corps thyroïde renferme des *hydatides*, ne peut guère être dictée, en raison du petit nombre des cas de ce genre. Cependant Rullier a extrait, sur le vivant, un grand nombre d'hydatides globulaires de l'intérieur d'un goître.

CHAPITRE V.

DES MALADIES DES BRONCHES (1).

1772. L'air est, dans l'état normal, le seul modificateur venant de l'extérieur qui agisse sur les bronches; celles-ci ressentent sympathiquement l'impression qu'il exerce sur la membrane muqueuse orale et sur la peau; le calorique et la lumière, en agissant sur cette dernière, modifient également les bronches, qui se ressentent aussi des modifications éprouvées par la membrane muqueuse pharyngo-gastrique. Le système nerveux exerce également beaucoup d'empire sur les ramifications du conduit de l'air.

1773. Les corps étrangers, quelle qu'en soit la forme, qui s'introduisent dans les bronches, y déterminent de graves modifications dont la nature n'est pas toujours connue, mais dont les effets se manifestent au moins par des lésions de la respiration, quand des phénomènes d'inflammation ne se montrent point.

1774. Les maladies du larynx, celles de la tra-

(1) Ch. Le Pois, *Observationes de morbis ab aqua;* ed. de Boerhaave; Leyde, 1733. — Lebeau, *sur le Diagnostic du catarrhe pulmonaire;* Paris, 1812. — F. V. Hildenbrand, *de Catarrhis;* Vienne, 1812. — Broussais, *Hist. des phleg. chron.*, t. 1. — Laennec, *de l'Auscultatibn.* — Andral, *Op. cit.*

chée-artère, du parenchyme pulmonaire, de la plèvre, se propagent fréquemment aux bronches, dont les maladies s'étendent encore plus fréquemment à ces organes.

ARTICLE PREMIER.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DES BRONCHES.

1775. Les maladies des bronches ne sont pas fort difficiles à reconnaître dans la plupart des cas, cependant on est exposé à les confondre avec celles des parties voisines. A l'état aigu, elles sont moins redoutables que celles du larynx ; quand elles sont fort intenses, elles ne sont guère moins redoutables que celles du poumon et de la plèvre.

§ I. De l'inflammation de la membrane muqueuse des bronches (1).

1776. Les modificateurs qui agissent immédiatement sur la membrane muqueuse bronchique, tels que l'air froid ou chaud, sec ou humide, les vapeurs et les gaz irritans, déterminent l'inflammation des bronches. Les éclats de voix, la suspension et la précipitation de la respiration dans les exercices violens, les efforts, la marche forcée, la course, les coups reçus sur la poitrine, les chutes sur cette

(1) *Catarrhe bronchique. Bronchite.* — J. P. Frank, *Epit. de cur. hom. morb.* t. 1. — Pinel, Broussais, Laennec, Andral, *Op. cit.*

partie, la produisent également. Une cause encore plus puissante est le refroidissement subit ou même le simple rafraichissement de la peau, surtout à l'instant où la sueur ruissèle, occasioné par le repos après un violent exercice, le passage du soleil à l'ombre, d'un lieu chaud dans un lieu frais, le rejet d'un vêtement, l'action de la pluie, enfin par l'usage d'une boisson froide. La transition d'une température basse à une température plus élevée, venant à se répéter plusieurs fois par jour, ainsi qu'il arrive au printemps, détermine aussi l'inflammation des bronches : les variations de l'atmosphère la produisent d'autant plus sûrement qu'elles agissent sur des sujets sédentaires, vivant dans l'aisance et prémunis avec soin contre le froid. On observe également cette inflammation après l'hémorrhagie, la phlegmasie, la suppuration d'une partie quelconque du corps.

1777. Certains sujets sont manifestement prédisposés par leur constitution à éprouver l'inflammation des bronches, de préférence à toute autre phlegmasie, car elle survient chez eux par suite de causes incapables de la déterminer chez des personnes moins susceptibles ; mais il est de certains temps où les sujets de toutes les constitutions contractent cette inflammation, tant est puissante l'influence des conditions atmosphériques qui se sont succédées ou prolongées contre l'ordinaire. Il est remarquable que l'inflammation des bronches affecte plus souvent l'habitant des villes que celui des campagnes.

1778. Cette phlegmasie est très-commune sur le bord des rivières qui coulent dans les plaines, dans les quartiers humides et obscurs des villes, et dans les contrées où les conditions atmosphériques varient fréquemment.

1. De l'inflammation aiguë des bronches.

1779. Les phénomènes de l'inflammation aiguë des bronches sont souvent précédés de l'inflammation de la membrane muqueuse des cavités nasales, des sinus frontaux, du larynx, de la trachée-artère, ou de l'irritation de la membrane muqueuse gastrique.

Elle s'annonce ordinairement par une sensibilité inaccoutumée de la peau qui fait redouter le froid, par l'accélération du pouls et par des douleurs vagues.

Le sujet éprouve un sentiment de plénitude, de sécheresse, de chaleur, de chatouillement, derrière la partie supérieure et moyenne du sternum, quelquefois jusqu'au bas de cet os, souvent dans un seul ou les deux côtés de la poitrine. S'il rend exactement compte de ce qu'il éprouve, il se plaint d'une sensibilité inaccoutumée qui lui fait percevoir l'impression que l'air exerce sur la membrane des bronches enflammées, et d'un sentiment de gêne, de constriction autour de la poitrine. Une douleur, ordinairement obtuse, se fait sentir dans cette cavité, sans qu'on puisse en assigner exactement le siége; elle est quelquefois distincte, lancinante, mais ordinairement elle est momentanée et se manifeste dans

divers points de la poitrine. Il s'y joint un sentiment de fatigue douloureuse, le long du bord des côtes asternales, et dans le dos, vers la même hauteur.

Une toux pénible revient, à chaque instant, par suite du chatouillement ressenti dans la poitrine, ou d'une sensation analogue éprouvée au cou, dans la trachée ou le larynx; elle se renouvelle et elle augmente quand on parle et lorsque l'on crie; d'abord peu fréquente, elle finit par revenir à chaque instant, et pour lors elle détermine et augmente la douleur ressentie à la base de la poitrine.

Cette toux est d'abord sèche et elle n'amène l'expectoration d'aucun liquide; ensuite elle provoque la sortie de crachats plus abondans que dans l'état de santé.

Si le sujet ne crachait point habituellement, la toux reste long-temps sèche, l'expectoration est tardive; si le sujet crachait habituellement, il cesse d'expectorer, lorsque l'inflammation des bronches est intense; il continue à cracher ou il crache davantage, quand elle est modérée. Les crachats diffèrent toujours de ce qu'ils étaient avant la maladie.

Lorsque la toux cesse d'être sèche, le sujet expectore, après chaque quinte, des mucosités transparentes, incolores, glaireuses (1), tenaces, filantes ou filandreuses, visqueuses, d'autant plus adhérentes au vase que l'irritation est plus vive, et que les redoublemens qu'elle subit sont plus intenses. Ces mucosités sont quelquefois épaisses et opaques au

(1) *Catarrhe muqueux.*

déclin des redoublemens, après lesquels les crachats redeviennent ce qu'ils étaient auparavant.

Ces crachats sont d'autant plus écumeux qu'ils sont expectorés après une toux plus opiniâtre et plus prolongée. Quelquefois des stries de sang les sillonnent et se mêlent au mucus sans s'y combiner.

Ils ont quelquefois un aspect nacré et sont teints de matière noire.

Quelquefois ils enveloppent de petits grumeaux d'un blanc mat.

Les crachats volumineux laissent après eux un sentiment de douleur sourde, vers un point de l'étendue des bronches.

La toux et les crachats reviennent par accès appelés *quintes*, qui ont lieu principalement au réveil et après le repas.

Lorsque l'inflammation tend à se terminer heureusement, la toux devient plus rare et moins pénible, le mucus bronchique est de moins en moins transparent, on y remarque des points opaques, blancs, jaunes, verdâtres, dont le nombre s'accroît de telle sorte que bientôt la totalité du crachat est opaque et colorée. Dans quelques cas, la maladie se termine aussi heureusement, sans que le sujet cesse d'expectorer des mucosités transparentes et visqueuses.

Si l'on applique le cylindre à la poitrine, même avant que la toux n'ait lieu, on entend ordinairement dans cette cavité un *ronflement* (1), quelquefois

(1) *Râle sec, sonore, grave.*

extrêmement bruyant, qui ressemble, tantôt au ronflement guttural d'un homme qui dort, tantôt au son que rend une corde de basse frottée avec le doigt, tantôt au roucoulement de la tourterelle. Quelquefois on n'entend qu'un *sifflement* (1), tantôt prolongé, grave ou aigu, sourd ou sonore, tantôt très-court, semblable au cri des petits oiseaux, au bruit que font entendre deux plaques de marbre enduites d'huile quand on les sépare subitement, ou enfin au claquement d'une soupape.

Au râle sonore se joint quelquefois un frémissement analogue à celui d'une corde tendue, vibrante, ressenti lorsque l'on place la main sur le point de la poitrine où ce râle se fait entendre.

A mesure que la sécrétion muqueuse s'établit, le râle change de caractère et finit par être remplacé par un *gargouillement* (2) analogue au murmure bruyant que l'air fait entendre chez les mourans, en traversant les crachats qui ne peuvent plus être expectorés (3). Ce râle s'entend à l'oreille nue, quand il a son siége dans les gros rameaux bronchiques; écouté avec le cylindre, tantôt il semble produit par des bulles, analogues à celles de l'eau de savon soulevée par l'air chassé d'un chalumeau, ordinairement grosses, le plus souvent inégales, tantôt nombreuses, tantôt rares, tantôt rapprochées, tantôt éloignées, et qui quelquefois se succèdent une à

(1) *Râle sec, sibilant.*

(2) *Râle muqueux.*

(3) *Râle des mourans.*

une. Ce râle, quand les bulles sont abondantes, grosses et continues, est très-bruyant et finit par imiter le roulement du tambour.

Ordinairement, quand l'inflammation des bronches est peu intense, le râle muqueux ne peut être entendu que le matin; il cesse après que le malade a craché.

Ce râle est borné à une partie de la poitrine, si l'inflammation ne s'étend qu'à une partie des bronches; plus il est étendu, plus il y de danger; quand il s'étend à toute la poitrine, la mort a presque toujours lieu, à moins que le sujet ne soit très-jeune.

L'inflammation aiguë des bronches a de plus pour caractère d'être accompagnée de la suspension presque complète, souvent subite ou passagère, du bruit respiratoire, dans le lieu qu'elle occupe; d'autres fois ce bruit est seulement faible et accompagné d'un léger râle obscur, muqueux et sibilant, avec bulles petites et isolées, et qui font entendre de temps en temps un petit bruit de soupape.

Si l'on percute la poitrine, on la trouve sonore comme dans l'état de santé, quand l'inflammation des bronches est simple.

1780. Pour peu que l'inflammation des bronches soit intense, étendue, ou que le sujet soit sensible, le pouls s'accélère et la peau devient chaude, surtout le soir; elle est moite, et l'urine offre soit un sédiment briqueté, soit un nuage ou un sédiment muqueux, le matin.

Si l'inflammation bronchique est fort étendue et très-intense, la gêne de la respiration est considéra-

ble, le pouls plein, large et accéléré; alors les inflammations de l'estomac, des intestins et même des méninges se joignent souvent à celle des bronches, et la vie du sujet court le plus grand danger; car il suffit que l'inflammation des bronches soit très-intense pour que la mort puisse en être la suite, alors même qu'elle n'est nullement compliquée. Quelquefois la mort a lieu très-promptement et même presque subitement; dans un très-petit nombre de cas, le sujet périt par la suffocation.

1781. L'inflammation des bronches entraîne celle du poumon, quand elle acquiert un haut degré d'intensité. Ce passage se fait par degrés insensibles, quoique souvent fort rapides. Elle se complique souvent avec les phlegmasies les plus graves, et constitue avec elles des maladies ordinairement mortelles; autrement, lorsque la bronchite est simple, elle guérit dans l'espace d'une à six semaines, quand elle dépend de causes passagères, lorsque le sujet est bien constitué et le traitement convenable, tandis qu'elle passe à l'état chronique dans les circonstances opposées.

1782. La bronchite ne produit pas toujours l'expectoration de crachats muqueux; ainsi, parfois le sujet éprouve les symptômes d'une légère bronchite, mais à peine quelques heures et même quelques minutes sont-elles écoulées que la toux devient violente, la gêne de la respiration extrême, le sujet ressent une angoisse inexprimable, la face est livide et gonflée, le pouls petit, serré, intermittent, les extrémités se refroidissent, jusqu'à ce qu'enfin on

crache une très-grande quantité de matière incolore, transparente, filante, écumeuse à sa surface, semblable à du blanc d'œuf délayé dans l'eau (1).

Le cylindre fait alors entendre dans la poitrine un bruit (2) analogue à celui du sel que l'on fait décrépiter à une chaleur douce dans une bassine, ou celui que fait entendre une vessie sèche que l'on remplit d'air, ce qui annonce, dit-on, un certain degré d'œdème du poumon ; en même temps la poitrine reste sourde à la percussion.

Cet état, ordinairement passager, se renouvelle quelquefois après un certain temps. La mort peut survenir par suffocation, effet de l'engouement des bronches.

1783. Chez les enfans irritables, habitués à satisfaire leurs désirs, chez un très-petit nombre d'adultes doués d'une vive sensibilité, et moins rarement chez les femmes, par suite d'un abaissement brusque dans la température et du développement de l'humidité au printemps et en automne, la bronchite se manifeste avec un caractère convulsif remarquable dans la toux (3).

Après que l'inflammation des bronches s'est manifestée à un degré peu intense, pendant quelques

(1) *Catarrhe pituiteux.*

(2) *Râle crépitant humide.*

(3) *Coqueluche. Catarrhe convulsif. Bronchite convulsive.* — Watt, *Treatise on the chincough ;* Londres, 1813. — Marcus, *der Keictshusten ;* Léipsig, 1816. — Laennec, *Op. cit.* — Guibert, *Op. cit.* — Desruelles, *Traité de la Coqueluche ;* Paris, 1827, in-8°.

jours, par les symptômes qui lui sont le plus ordinaires, la toux devient moins fréquente, mais elle redevient sèche ; elle est forte, sonore, très-fatigante; chaque fois qu'elle a lieu, elle dure pendant une ou plusieurs minutes, laissant à peine au sujet le temps d'inspirer. Les quintes sont d'abord peu fréquentes, ensuite elles se rapprochent.

Lorsque l'accès va avoir lieu, le sujet cesse de parler, fait signe qu'il ne le peut, s'alarme, s'agite, frappe du pied, et cherche un appui dans tout ce qui se trouve à la portée de ses mains; il a peine à respirer et s'efforce de ne point tousser, jusqu'à ce qu'enfin ne pouvant plus suspendre sa respiration, il fait une grande inspiration, profonde, bruyante, quelquefois sifflante, tousse aussitôt avec violence, par saccades précipitées, presque sans relâche, fait en même temps et de suite quatre, cinq ou six petites expirations, sans inspirations intermédiaires, puis cesse tout à coup de tousser, et fait subitement une grande inspiration profonde, bruyante, parfois sifflante, puis il tousse en expirant, inspire de nouveau, et passe dans ces alternatives cinq, dix minutes, un quart-d'heure et quelquefois davantage.

Pendant ce temps, le pouls devient fréquent, s'accélère et bat avec vîtesse; la face se gonfle, rougit, devient bleuâtre, les paupières se tuméfient, les yeux sont rouges, brillans, larmoyans ; la tête est très-douloureuse, les artères temporales et carotides battent violemment, les veines jugulaires acquièrent un volume remarquable ; le sujet se débat avec vio-

lence, pousse des cris entrecoupés par la toux, tombe quelquefois en convulsions, dans un état de raideur excessive ou dans l'assoupissement; quelquefois le sang sort par les lèvres, les oreilles, les yeux; enfin le sujet urine quelquefois et lâche involontairement ses excrémens.

Ces violens efforts de toux ne parviennent point à déterminer l'expectoration qu'elle semblerait devoir occasioner; dans les premières quintes, la toux est presque complètement sèche. Pendant les quintes suivantes, un mucus transparent, incolore, filant, coule de la bouche, et le sujet se penche pour en favoriser la chute, incapable de la chasser au loin. Lorsque le mal est au plus haut degré d'intensité, la toux provoque un mouvement de régurgitation ou le vomissement, le rejet de paquets de mucus glaireux et de matières alimentaires, après quoi le malade est soulagé. Quand la maladie est sur son déclin, la toux redevient muqueuse, puis sèche, et perd peu à peu sa violence.

Le cylindre étant appliqué pendant les quintes, on n'entend point le bruit de la respiration pulmonaire, ni même celui de la respiration qui a lieu dans les premières bronches, si ce n'est dans les courts intervalles qui séparent les saccades de toux; l'irruption de l'air, dans l'inspiration de la toux sifflante, s'arrête à la bifurcation des bronches.

Dans l'intervalle des accès, le bruit de la respiration est faible ou nul dans certains points, considérable dans d'autres, où l'on entend un léger râle muqueux ou sibilant.

Laennec dit avoir vu un jeune homme chez lequel les quintes de toux étaient accompagnées d'un roucoulement qu'on entendait à cinquante pas. Quelquefois on entend un bruit analogue à celui de l'aboiement.

L'accès de toux revient plusieurs fois chaque jour, rarement le matin, ordinairement le soir, instant où il est plus fort; quand la maladie dure depuis quelque temps, il n'a plus lieu que dans la matinée et le soir; plus tard il ne revient que dans la soirée; quelquefois il finit par ne se manifester que de deux jours l'un.

L'inspiration de la poussière, de la fumée, des vapeurs irritantes, les cris, les impatiences, la crainte, l'action de l'air du dehors, l'insolation, occasionent ou favorisent le retour des accès.

Entre les accès, le sujet n'offre d'abord que de légers symptômes de bronchite et peu de fréquence dans le pouls; quelquefois même il ne paraît éprouver aucune maladie. Quand le mal dure depuis quelque temps, il se manifeste des symptômes d'irritation des voies digestives, surtout si des médicamens excitans sont mis en usage; le pouls demeure fréquent et la peau est chaude.

Cette variété de la bronchite ne dure pas moins de quinze jours, et se prolonge souvent pendant plusieurs mois; ordinairement elle s'affaiblit peu à peu, et finit comme la bronchite la plus simple et la moins intense; mais quelquefois elle passe à l'état chronique : la toux devient moins violente, l'inspiration plus régulière, et les mucosités sortent plus aisément.

Il est fort rare que la mort soit la suite de cette variété de la bronchite, à moins qu'une phlegmasie de l'encéphale, du poumon, de la plèvre ou de tout autre organe ne vienne se joindre à celle des bronches.

L'inflammation est rarement bornée aux bronches, elle s'étend ordinairement à la trachée; tout porte à croire en outre que les bronches se contractent violemment et s'opposent ainsi à l'admission de l'air; à quoi il faut ajouter que le larynx finit par participer au spasme, alors même qu'il n'est point enflammé.

1784. Blaud a recherché les signes qui peuvent caractériser l'inflammation dans le cours de laquelle une couche membraniforme vient revêtir la membrane muqueuse des bronches (1). Ces signes sont, suivant lui, la diminution ou l'extinction du bruit de la respiration, dans les ramifications bronchiques tapissées de la fausse membrane; point de râle muqueux pulmonaire; quelquefois un râle sibilant plus ou moins prononcé; enfin expectoration nulle ou membraniforme, sans râle trachéal, sans douleur thoracique. Cet auteur pense, d'après deux cas observés par Schenk, que la bronchite peut déterminer la formation d'une fausse membrane, sans que le larynx et la trachée-artère participent à l'inflammation. Bien plus souvent ces trois parties sont à la fois le siége de la phlegmasie, puis de la couche membraniforme, ce qui constitue le degré le plus

(1) *Croup bronchique. Bronchite méningogène.*

redoutable de ce qu'on appelle le *croup*, et celui qui offre la toux la plus fréquente, la plus intense, la gêne de la respiration la plus considérable et l'abattement le plus profond.

Il peut arriver que la bronchite qui complique la laryngite avec couche membraniforme ne soit accompagnée que de sécrétion muqueuse; l'expectoration est alors plus abondante que dans tout autre cas, quand le sujet n'est pas trop jeune.

1785. La bronchite aiguë ne se manifeste pas toujours par des signes tels que ceux qui viennent d'être décrits; elle peut avoir lieu sans toux ni expectoration notables, et dans ce cas le cylindre seul peut la révéler. A l'aide de cet instrument, on la reconnaît à une faiblesse très-grande, ordinairement inégale, du bruit de la respiration, dans la plus grande partie de la poitrine, qui est d'ailleurs parfaitement sonore à la percussion; rarement, et à des intervalles quelquefois de plusieurs jours, on entend un léger râle sibilant ou muqueux, obscur, ou un léger bruit de soupape.

Cette nuance de la bronchite (1), qui a fourni à Laennec une des plus importantes applications de son cylindre, est extrêmement commune, suivant cet observateur, dans les maladies aiguës continues qui semblent ne point dépendre d'une phlegmasie locale, et qui toutes sont, suivant lui, accompagnées de bronchite manifeste ou latente.

Elle n'est grave que lorsqu'elle est fort étendue;

(1) *Bronchite latente.*

alors elle détermine une gêne considérable de la respiration, et il y a lieu de craindre qu'elle ne passe à l'état chronique; elle règne, suivant Laennec, parmi les habitans des pays humides et des bords de la mer, plutôt que parmi ceux des pays secs et du centre de la France, et elle détermine des étouffemens habituels et incurables.

2 De l'inflammation intermittente et rémittente des bronches.

1786. La bronchite est souvent intermittente : Broussais et Laennec s'accordent à le reconnaître, et il n'est pas de praticien qui n'ait eu occasion de s'en convaincre; mais elle est ordinairement peu intense, et le plus souvent elle se complique avec l'inflammation de la membrane muqueuse digestive, ou avec les phlegmasies encéphaliques. Telle était, dans beaucoup de cas, la nature de ces *fièvres intermittentes catarrhales* qui ont régné en Europe, à diverses époques, et qui ont souvent été très-meurtrières.

1787. La bronchite intermittente est ordinairement quotidienne, quelquefois tierce ou quarte. Ses accès ont lieu le soir ou dans la nuit; le froid est peu vif, il commence par les pieds; la chaleur se fait sentir par bouffées à la face, le sujet tousse et expectore ou sent seulement une oppression qu'il a peine à caractériser telle; la chaleur est modérée, entrecoupée de frissons légers, sans sécheresse à la peau, ensuite la sueur est peu marquée; enfin le plus ordinairement les signes de la gastrite intermittente se joignent à ceux de la bronchite, surtout si le sujet n'observe pas un régime doux.

1788. Il est encore plus commun que la bronchite continue offre des redoublemens, caractérisés par les symptômes qui viennent d'être énumérés. Laennec a constaté que dans beaucoup de maladies aiguës intermittentes, il existe des signes de bronchite latente, dont on trouve encore des traces durant l'intervalle des accès.

1788 β. On est porté à croire que la bronchite intermittente existait au plus haut degré dans les *fièvres intermittentes pernicieuses* décrites par Morton et Lautter, et dont les accès étaient caractérisés par une douleur de poitrine plus forte dans l'inspiration, la gêne de la respiration et la toux; à moins que l'on ne voie dans ces symptômes des caractères suffisans pour admettre une inflammation intermittente de la plèvre ou du poumon. Peut-être est-ce également ici la place de quelques-unes des *fièvres pernicieuses*, *dyspnoïques* ou *asthmatiques*, mais pour prononcer, il faut attendre que ces faits se reproduisent et soient observés avec méthode.

3. De l'inflammation chronique des bronches.

1789. L'inflammation des bronches passe souvent au type chronique chez les adultes et bien plus souvent encore chez les vieillards, particulièrement du sexe masculin. Dans la vieillesse aussi, plutôt qu'à toute autre époque de la vie, cette inflammation se développe insensiblement et devient souvent permanente, sans débuter par l'état aigu.

1790. Lorsque l'inflammation des bronches passe

à l'état chronique, la toux et l'expectoration continuent (1), l'accélération du mouvement circulatoire et la chaleur de la peau cessent ou n'ont plus lieu que le soir et lorsque la phlegmasie éprouve des redoublemens, l'appétit recommence à se faire sentir, les forces reviennent; cependant le sujet conserve de la pâleur, il maigrit, et il éprouve de l'étouffement lorsqu'il se livre à un exercice quelconque.

Les crachats sont ordinairement moins visqueux, plus opaques que dans la bronchite aiguë; ils sont presque puriformes, quelquefois d'un gris ou d'un vert sale, rarement teints de sang, ordinairement inodores, quelquefois fétides comme le pus d'une plaie, d'un vésicatoire, d'un abcès ou comme la gangrène, ensuite ils redeviennent inodores; ils sont plus abondans que dans la bronchite aiguë; le sujet en expectore quelquefois jusqu'à une, et même deux livres par jour; si l'inflammation se ranime une abondante sécrétion pituiteuse se joint à celle des mucosités.

Il arrive quelquefois que le sujet éprouve tout à coup un étouffement plus violent que de coutume, et crache ensuite, en très-peu de temps, une quantité énorme de mucus transparent, visqueux, filant ou opaque, blanc, jaune ou verdâtre, après quoi il revient à son état habituel. Si dans une circonstance de ce genre l'expectoration vient à se supprimer, le sujet peut périr suffoqué ainsi qu'Andral en a rapporté un exemple.

(1) *Catarrhe muqueux chronique.*

Il est des cas où l'expectoration domine tellement les autres symptômes, et ceux-ci sont si peu apparens, que la maladie semble consister uniquement dans une sécrétion surabondante sans inflammation.

Si l'on explore la poitrine, à l'aide du cylindre, dans cette nuance de bronchite chronique, on entend un râle muqueux très-rarement général, rarement continu, quelquefois assez fort et assez abondant. Ordinairement on entend passablement le bruit de la respiration, presque jamais il n'est complètement suspendu, à moins que la membrane muqueuse ne soit très-engorgée; souvent le bruit respiratoire est aussi marqué que chez les enfans, quoique le sujet éprouve constamment une gêne excessive de la respiration.

La toux et l'expectoration diminuent et même cessent dans l'été, mais si on observe le sujet avec soin on découvre en lui les signes de la bronchite latente. L'expectoration se rétablit en hiver, souvent avec accélération du pouls et chaleur à la peau, d'autant plus sensibles que les crachats sont plus abondans. Après quelques alternatives de ce genre l'expectoration reste permanente, le pouls conserve ordinairement une certaine fréquence, le sujet maigrit et s'affaiblit de plus en plus, quoiqu'avec lenteur.

Cet état se prolonge souvent d'une manière indéterminée; on l'a vu durer cinq, dix, vingt et même trente ans, sans causer la mort, même au bout d'un temps si long.

Quelquefois l'amaigrissement fait de rapides pro-

grès, la toux est continuelle et très-pénible, la paume des mains est brûlante, les joues sont colorées et chaudes, le pouls est très-fréquent, surtout le soir; enfin des sueurs abondantes épuisent le sujet, qui périt après avoir expectoré des crachats absolument semblables à ceux qu'on observe dans l'état tuberculeux des poumons, quoique cet état n'ait pas toujours lieu. Quand le poumon est sans tubercules, on n'entend à l'aide du cylindre ni la voix de poitrine, ni le gargouillement, ni la respiration caverneuse, ni l'absence constante de la respiration et du son, et, si tous ces signes manquent pendant deux ou trois mois, on peut prononcer qu'il n'existe qu'une bronchite chronique, malgré l'extrême gravité des symptômes sympathiques, l'aspect des crachats et la violence de la toux.

1791. Chez les adultes déjà avancés en âge et les vieillards d'une constitution lymphatique qui ont éprouvé des maladies graves, qui ont été livrés à toutes sortes d'excès, et menant un genre de vie sédentaire, enfin chez les goutteux, l'inflammation des bronches se manifeste momentanément, à diverses reprises, avec ou sans expectoration, puis après divers intervalles de santé, la phlegmasie se renouvelle, se développe peu à peu, se manifeste par une gêne de la respiration, une toux et une expectoration pituiteuse, ordinairement intermittentes, de telle sorte que le plus souvent l'accès se manifeste, soit à l'instant du réveil et au moment du coucher, soit après chaque repas.

L'expectoration fait rendre en grande quantité

des mucosités transparentes, visqueuses et filantes. (1) Laennec en a vu rejeter jusqu'à deux ou trois livres, à chaque accès d'une heure ou deux ; un de ses malades expectorait, chaque jour, environ quatre livres de ce liquide ; un autre, chaque matin, de trois à six livres.

Après l'expectoration, la gêne de la respiration diminue et cesse.

Cette variété de l'inflammation des bronches est celle qui offre le moins le caractère inflammatoire ; elle dure presque toujours fort long-temps, néanmoins quelques sujets succombent au bout de quelque temps, épuisés par une déperdition si abondante; quelques-uns périssent tout à coup en raison d'une augmentation subite de la sécrétion et du défaut d'une expectoration proportionnée. Si le sujet résiste à cette évacuation surabondante, il pâlit chaque jour davantage, il maigrit peu à peu, rarement toutefois jusqu'au marasme.

Les accès d'oppression, de toux et d'expectoration se rapprochent et durent davantage; la gêne de la respiration finit par être habituelle (2).

L'expectoration chronique qui vient d'être décrite, coexiste parfois avec l'état tuberculeux du poumon, mais alors les accès sont moins réguliers.

1792. Les goutteux, les hypochondriaques, les dartreux, les personnes affectées de gastrite chroni-

(1) *Catarrhe pituiteux chronique. Phlegmorrhagie bronchique.*

(2) *Asthme humide.*

que, ou qui ont éprouvé d'autres maladies graves; quelques sujets bien constitués, qui jusque-là ont joui d'une bonne santé; les habitans des bords de la mer, des vallées humides, des pays plats et froids éprouvent l'inflammation chronique des bronches sans expectoration (1).

Cette nuance de l'inflammation des bronches est fort commune avec le type chronique; elle est caractérisée par ce qu'on appelle l'haleine courte, c'est-à-dire la brièveté de la respiration, sans crachats (2). Ce symptôme existe d'abord passagèrement, lorsque par exemple le sujet gravit une hauteur ou monte un escalier, et après le repas; ensuite il devient habituel et seulement plus marqué dans ces mêmes circonstances. Pour l'ordinaire, la brièveté de la respiration existe, et quelquefois même elle est déjà devenue habituelle, avant que le sujet ne s'en aperçoive et n'en ressente la moindre incommodité, quoique déjà le médecin puisse la reconnaître à la vue du soulèvement très-marqué de la paroi antérieure de la poitrine, de la vîtesse de l'inspiration et de la lenteur relative de l'expiration.

Il vient une époque où, soit encore intermittente, soit déjà continue, la *courte haleine* est très-péniblement ressentie par le sujet; quelquefois il ne se sent la respiration gênée que d'un seul côté.

A mesure que la maladie est plus ancienne, il survient des accès d'étouffemens, de plus en plus forts

(1) *Catarrhe sec, bronchite sèche, chroniques.*

(2) *Asthme sec.*

et fréquens, qui finissent par durer davantage, mais qui exigent moins impérieusement la station assise ou droite que ceux qui sont accompagnés d'une expectoration muqueuse abondante. La gêne de la respiration est aussi moins forte, ou même nulle, à l'instant du réveil.

Si l'inflammation passe à l'état aigu, la gêne de la respiration devient momentanément plus marquée, et demeure souvent plus prononcée qu'avant le redoublement, après que la phlegmasie est revenue à son type habituel. Si le pouls est vîte et fréquent et la peau fort chaude, dans le cours du redoublement, la respiration devient moins gênée.

Quelquefois, au déclin de l'accès, la toux se manifeste, la gêne de la respiration diminue, et, après quelques jours, le sujet crache, le matin, des globules, du volume d'un grain de chenevis ou de millet, de matière visqueuse, compacte, gris de perle, demi-transparens, sans mélange d'air (1). Ces crachats, toujours peu nombreux, sont quelquefois, quand la maladie est peu grave, moins compacts, étalés, nacrés et plus abondans; enfin, dans certains cas, ils ont quelque ressemblance avec l'humeur vitrée de l'œil, dont ils ont alors à peu près la transparence et la densité.

Cette expectoration, qui n'est jamais en rapport, sous le point de vue de la quantité de la matière évacuée, avec l'intensité de la maladie, est souvent si peu abondante que le sujet oublie d'en

(1) *Crachats perlés*.

faire mention; elle devient abondante, sans perdre son caractère particulier, lorsque l'inflammation subit un changement qui la fait passer au type aigu; seulement la matière est alors moins compacte, parfois diffluente et mêlée de mucus jaunâtre.

Il est beaucoup d'autres personnes chez lesquelles il n'y a aucune expectoration et point de toux.

Chez d'autres sujets, une petite toux absolument sèche, c'est-à-dire sans aucune expectoration, se manifeste, soit une seule ou plusieurs fois en vingt-quatre heures, soit tous les deux ou trois jours (1).

En été, la toux et l'expectoration diminuent ordinairement.

Si l'on explore la poitrine à l'aide du cylindre, dans la nuance de bronchite chronique dont il s'agit, on entend peu ou point le bruit de la respiration, dans divers points qui ne sont pas toujours les mêmes, quand on renouvelle l'expectoration au bout de quelques heures; on entend en outre un léger râle sibilant, et quelquefois un petit bruit de soupape, là où celui de la respiration a cessé; la cavité thoracique est d'ailleurs sonore à la percussion dans toute son étendue.

1793. Il arrive parfois dans le cours de la bronchite, soit aiguë, soit chronique, que la respiration devient tout à coup fréquente et très-gênée, les mouvemens du thorax plus marqués que de coutume; la paroi antérieure s'élève et s'abaisse avec vîtesse, l'étouffement s'accroît avec rapidité, on entend un

(1) *Toux nerveuse.*

râle dans le larynx et la trachée, sans le secours du cylindre, et, si l'on applique cet instrument à la poitrine, on entend, dans toute l'étendue de cette cavité, un râle muqueux annonçant un mélange de grosses et de petites bulles. Lorsque la toux se joint à cet état d'anxiété, cet instrument fait entendre le râle sibilant humide, le sujet éprouve une anxiété extrême, la face devient livide, se gonfle, et tout fait redouter la suffocation (1).

Dans les cas les plus heureux, les mouvemens deviennent peu à peu moins étendus, les parois de la poitrine s'élèvent moins, l'expectoration se manifeste, et le calme se rétablit jusqu'à ce qu'un nouvel accès ait lieu.

Il n'est pas rare qu'un seul, ou du moins un très-petit nombre d'accès de ce genre, vienne terminer la vie de personnes affectées de bronchite chronique : c'est ce qui arrive principalement chez les vieillards, surtout en hiver, lorsque la phlegmasie des bronches qu'ils éprouvaient acquiert un nouveau degré d'intensité; et lorsque cette inflammation vient tout à coup se joindre à l'œdème ou à toute autre lésion du poumon dont ils étaient déjà affectés.

Chez les adultes, cette catastrophe est très-rare, cependant elle peut avoir lieu lorsque l'inflammation aiguë attaque la totalité ou la presque totalité de la membrane muqueuse bronchique; le sujet succombe dans l'espace de douze heures à un ou quelques jours, si la toux et une expectoration, d'a-

(1) *Catarrhe suffocant.*

bord séreuse, puis muqueuse, ne s'établissent pas.

Chez les enfans en bas âge, il n'est pas rare de voir la bronchite aiguë, manifeste ou latente, se terminer brusquement par la suffocation; on observe alors les mêmes signes que chez l'adulte, quoique moins bien exprimés.

4. De l'inflammation partielle des bronches.

1794. L'inflammation est le plus ordinairement bornée à une partie des bronches; on conçoit que plus elle est étendue et plus elle est dangereuse. Lorsqu'elle s'étend à la plus grande partie de la membrane muqueuse des ramifications bronchiques visibles à l'œil nu, elle constitue une des maladies les plus redoutables; tandis que lorsqu'elle est bornée aux bronches les plus volumineuses, surtout d'un seul côté de la poitrine, elle passe à l'état chronique plus souvent qu'elle ne donne la mort. Tout porte à croire que l'inflammation bronchique est d'autant plus à craindre qu'elle descend plus loin dans les ramifications des voies respiratoires. C'est par là qu'elle aboutit à la pneumonie, phlegmasie dont il sera parlé dans le chapitre suivant, et qu'un jour on ne considèrera que comme la bronchite la plus reculée et la plus dangereuse.

1795. La légèreté des symptômes n'est pas toujours la preuve du peu d'étendue de l'inflammation des bronches, quoiqu'elle en soit souvent l'indice. Le cylindre seul fait reconnaître l'étendue du siége du mal. En effet, lorsqu'à l'aide de cet instrument on ne trouve les signes de la bronchite que dans un

seul ou plusieurs points, et non dans la totalité du thorax, on est autorisé à penser que l'inflammation est bornée à une ou plusieurs parties des bronches, et que le reste de ces canaux est demeuré sain. Mais il est à remarquer que les différentes nuances de la bronchite qui viennent d'être décrites peuvent exister chez le même sujet, l'une dans un point de la poitrine, l'autre dans un autre. Ainsi, là on trouve les signes de la bronchite humide, et à côté ceux de la bronchite sèche; d'où résulte la nécessité d'explorer avec soin toute la poitrine. D'autres fois, les diverses nuances de la bronchite se succèdent dans un seul ou plusieurs points de l'organe.

1796. L'inflammation des bronches, en général, complique très-souvent les phlegmasies, soit aiguës, continues ou intermittentes, soit chroniques, des autres organes. Si en pareils cas, elle a été souvent méconnue, c'est parce qu'elle existe fréquemment sans toux ni expectoration, et que le cylindre seul peut alors la décéler. Elle existe quelquefois même dans les cas où la réaction du système circulatoire n'est due qu'à une plaie, une contusion. Il semble, dit Laënnec, que le premier effet du mouvement fébrile soit de produire une congestion dans la membrane muqueuse bronchique.

1797. A l'ouverture des cadavres des sujets affectés de bronchite, on trouve :

A. A la membrane muqueuse.

1° La *coloration en rouge*. Elle varie depuis le rose jusqu'au rouge vif. C'est tantôt une injection

fine, tantôt un semis de points rouges, ou enfin une teinte rouge étendue, uniforme ou nuancée, tantôt enfin cette coloration se montre sous l'aspect de plaques ou de bandes étroites, séparées par des intervalles où la membrane est dans l'état normal. Les premières divisions bronchiques sont ordinairement plus colorées que leurs subdivisions; d'autres fois c'est l'inverse. Quand la rougeur est très-marquée dans les premières bronches, elle s'étend ordinairement à la partie inférieure de la trachée-artère; elle est ordinairement circonscrite et de peu d'étendue; très-rarement elle envahit les bronches de la totalité d'un seul, et à plus forte raison des deux poumons; souvent elle n'occupe que les bronches d'un seul lobe, qui est ordinairement le supérieur.

Cette coloration est également une trace de l'inflammation aiguë et de l'inflammation chronique; mais, dans le premier cas, elle est plus vive et se rapproche du pourpre ou tire sur le brun; tandis que dans le second, elle tend vers le violet et elle est entrecoupée d'intervalles dont la teinte est grisâtre.

2° La *coloration en jaune* n'est pas rare; elle est un indice assez sûr que la membrane a été affectée d'inflammation chronique, et d'autant plus qu'ici on ne peut attribuer cette coloration à la présence de la bile.

3° La *blancheur mate* a été observée sur divers points de la membrane muqueuse bronchique par Bayle, Laennec et Andral, chez des sujets qui pendant la vie avaient présenté tous les symptômes d'une bronchite invétérée, et dont plusieurs avaient même

expectoré des crachats puriformes, quoiqu'il n'y eût pas d'autre trace morbide dans tout l'appareil respiratoire.

4° L'*épaississement* est fréquent et souvent considérable, surtout quand l'inflammation a été sans expectoration ou très-prolongée. Le râle sonore sec, entendu à l'aide du cylindre, l'indique pendant la vie. Quand cette altération est très-marquée, elle est ordinairement accompagnée de la rougeur foncée ou violette. Quand elle est ancienne, elle est ordinairement étendue à toute la membrane, et pourtant celle-ci a été trouvée gonflée dans sa totalité chez des enfans en bas âge.

L'épaississement partiel est quelquefois assez considérable pour qu'un point des canaux bronchiques ou plusieurs de ces canaux se trouvent en grande partie oblitérés; cette oblitération peut être complétée par la présence d'une matière muqueuse compacte.

L'épaississement n'est pas toujours borné à la membrane muqueuse bronchique, les cerceaux cartilagineux et le tissu fibreux sous-jacens paraissent quelquefois y participer.

5° L'*induration* accompagne quelquefois l'épaississement, lorsque l'inflammation a été intense et durable.

6° Le *ramollissement* est rare; quelquefois il va jusqu'à la réduction de la membrane muqueuse bronchique en une sorte de pulpe; on l'observe ordinairement çà et là sur la membrane, et non dans une grande portion de son étendue.

7° L'*ulcération*. Elle est peu commune. L'endroit où on l'observe le moins rarement est la portion de membrane muqueuse qui revêt les premières bronches. L'étendue des ulcères de ces canaux varie depuis quelques lignes jusqu'à un pouce et demi; leur fond, dit Laennec, est grisâtre et sale, garni de mucosité puriforme, ordinairement abondante; leurs bords sont légèrement tuméfiés et d'un rouge qui s'étend autour d'eux; ces ulcères vont parfois jusqu'aux cerceaux cartilagineux et aux tissus musculaire et fibreux. Andral ne les a observés que deux fois; dans l'une, il y avait en même temps un large ulcère à la trachée-artère, peu au dessus de sa bifurcation, et il existait trois petits ulcères ronds dans la bronche droite; dans l'autre, la membrane muqueuse des petites ramifications bronchiques du côté droit présentait un grand nombre de petits ulcères circulaires et égaux en grandeur, à bords livides, élevés d'une demi-ligne au dessus du fond, et à peine assez larges pour admettre une tête d'épingle. Ces deux sujets avaient beaucoup toussé.

Chez des personnes dont les poumons étaient tuberculeux, Louis a trouvé la membrane muqueuse des bronches quelquefois rouge, et, non seulement un peu épaissie, mais encore offrant de petits ulcères; plus ordinairement elle était épaissie, surtout au sommet des poumons, et les bronches étaient dilatées.

8° Le *rétrécissement* de la cavité des bronches provient de l'épaississement de la membrane muqueuse seulement, ou de cette membrane et des

tissus qu'elle revêt, de la présence de matières muqueuses disposées en couches ou en masses, ou enfin de la compression exercée sur ces canaux par une tumeur telle que celles qui sont formées par les glandes bronchiques tuberculeuses ou par des masses de mélanose.

Aucun symptôme ne révèle positivement le rétrécissement des bronches, quoique, selon qu'il est peu marqué ou considérable, il occasione le râle ou la diminution du bruit respiratoire, puisque d'autres états morbides déterminent également ces effets, qui indiquent seulement que l'air ne pénètre plus, du moins autant qu'il serait nécessaire, dans le poumon.

9° La *dilatation des bronches*. On la trouve assez souvent chez les sujets qui ont été affectés d'inflammation chronique de ces canaux.

Tantôt cette dilatation s'étend à la totalité d'une ou de plusieurs bronches, et même à toutes celles d'un lobe; elle est quelquefois si considérable qu'une bronche du quatrième, cinquième ou sixième ordre égale en grosseur une bronche du deuxième ou du premier. Pour l'ordinaire, la membrane muqueuse est plus épaisse, plus consistante que dans l'état normal; quelquefois elle est ulcérée; les fibres musculaires ont disparu, le tissu fibreux, surtout celui des petites ramifications bronchiques, est plus ferme, plus résistant, et le tissu cartilagineux est devenu plus apparent. Andral considère cet état comme une hypertrophie des parois bronchiques.

D'autres fois une bronche est dilatée, mais seule-

ment dans une partie de son étendue, elle est devenue ſusiforme ou bosselée sur un de ses côtés; la dilatation peut aller jusqu'à permettre à la bronche de contenir un noyau, une amande ou même une noix; les parois de la cavité qui en résultent sont épaissies comme dans le cas où la dilatation s'étend à la totalité d'une bronche.

Dans d'autres cas enfin une bronche est renflée d'espace en espace, et elle offre plusieurs dilatations dans l'intervalle desquelles ce conduit a conservé son calibre primitif; les parois paraissent amincies là où la bronche est dilatée; mais pour l'ordinaire les loges qui résultent de l'ampliation multiple de celle-ci sont remplies d'un liquide puriforme blanc, et lorsque l'on incise le poumon il semble parsemé de petites tumeurs blanches et arrondies qui communiquent évidemment avec les bronches.

Dans ces divers modes de dilatation, le plus ordinairement la membrane est inégale, ramollie, et d'un rouge violet foncé, jusque dans son épaisseur. Dans le troisième mode, elle est lisse et rouge, quelque mince qu'elle soit.

La portion de substance pulmonaire qui avoisine les bronches dilatées est flasque, comprimée, privée d'air, comme lorsque cet organe est déprimé par un liquide accumulé dans la plèvre.

Rien ne peut faire présumer pendant la vie que l'on observera dans le cadavre le dernier mode de dilatation. Le second, quand la dilatation est considérable, peut être présumé, lorsque pendant la vie on entend, à l'aide du cylindre, la voix résonner

dans la poitrine ou bien un souffle voilé produit par l'entrée de l'air dans le poumon. Le premier donne lieu, quand il est considérable, à une résonnance de la voix égale à celle qui se fait entendre dans le cas où le poumon recèle une cavité accidentelle tuberculeuse; on entend souvent en outre un gargouillement analogue à celui que produit la matière tuberculeuse ramollie, ou bien un souffle produit par l'entrée de l'air, comme s'il y avait une cavité tuberculeuse vide.

Ces divers signes sont parfois momentanés: après les avoir distinctement reconnus, on ne les retrouve plus.

On conçoit à quelles erreurs de diagnostic ces signes fournis par le cylindre pourraient donner lieu, si d'ailleurs on négligeait de s'enquérir des symptômes de la bronchite chronique, qui ont dû se manifester, et de constater l'absence de ceux qui dénotent l'inflammation chronique et l'état tuberculeux du poumon.

Si l'on peut tirer des conclusions d'un très-petit nombre de faits, la dilatation des bronches est plus commune chez les vieillards, et à la suite de la bronchite convulsive chez les enfans, qu'à toute autre époque de la vie.

10° La *dilatation des vésicules bronchiques*, c'est-à-dire de la terminaison des dernières ramifications des bronches, se rencontre assez fréquemment à la suite de la bronchite chronique sans expectoration, aggravée par des exacerbations momentanées de l'inflammation. On la reconnaît aux caractères suivans:

Les vésicules bronchiques, sans que leurs parois aient cessé d'être transparentes, sont devenues beaucoup plus amples et inégales dans leur grandeur ; plusieurs ont acquis le volume d'un grain de millet, quelques-unes celui d'un grain de chenevis, un plus petit nombre celui d'un noyau de cerise ou même d'un haricot, ce qui a fait penser qu'en pareil cas plusieurs se rompaient et n'en formaient plus qu'une seule. Quoique dilatées, ces vésicules restent ordinairement de niveau avec le reste de la surface du poumon; parfois elles sont légèrement saillantes, quelquefois même les plus volumineuses forment à la surface du viscère de petites tumeurs diaphanes, globuleuses ou pédiculées, non mobiles sous le doigt, qui cherche en vain à les déplacer. Lorsqu'on les excise, la partie de leurs parois qui reste adhérente au poumon ne s'affaisse point comme la portion excisée, et l'on voit au fond de petites ouvertures qui communiquent avec les vésicules voisines et avec les bronches.

Il est assez rare d'ailleurs de trouver dans un état de dilatation les petites ramifications bronchiques voisines des vésicules dilatées.

Lorsque la dilatation des vésicules bronchiques est bornée à une partie peu étendue du poumon, il est facile de la méconnaître ; quand on a lieu de la soupçonner, il faut insuffler puis faire sécher le poumon, ensuite le couper par tranches à l'aide d'un rasoir ; on voit alors que les cellules sont beaucoup plus dilatées intérieurement qu'elles ne le paraissaient à la surface du viscère. Quelques-unes

sont rompues, il ne reste plus que des débris de leurs cloisons.

Lorsque la dilatation des vésicules bronchiques s'étend à tout un poumon, celui-ci s'échappe de la poitrine dès qu'elle est ouverte; il est plus volumineux que celui du côté opposé; son tissu paraît plus ferme au doigt qui le presse sans le déplacer; la crépitation est moindre, et se rapproche du bruit de l'air sortant peu à peu d'un soufflet; le poumon étant détaché, il devient encore moins crépitant, et il semble que l'on manie un oreiller de duvet, selon la comparaison ingénieuse de Laennec; si on le met dans l'eau, il s'y enfonce beaucoup moins qu'un poumon sain, et même souvent il surnage presqu'en entier. Ordinairement il n'y a point d'engorgement séreux ni sanguin.

La dilatation s'étend parfois aux deux poumons.

Cet état des vésicules bronchiques a été observé par Laennec chez des sujets qui tous avaient été affectés de bronchite chronique, caractérisée par une toux habituelle, tantôt peu forte et sèche ou suivie de l'expectoration d'une petite quantité de mucus grisâtre, transparent et très-visqueux, tantôt plus forte, rarement par quintes, et suivie de crachats muqueux. Tous avaient la respiration habituellement très-gênée, surtout quand l'estomac était rempli d'alimens ou le tube digestif dilaté par des gaz, pendant l'action de monter et la course, à la suite du moindre effort, durant la contention d'esprit, enfin après un refroidissement subit de la peau, et plus encore à certaines époques irré-

gulières dans leur retour et leur durée. Le pouls était régulier, sans fréquence, la peau ordinairement terne, terreuse, violacée par place, les lèvres gonflées et violettes.

Ces symptômes réunis aux signes de la bronchite sèche fournis par la percussion et le cylindre, suffisent, selon Laennec, quand la maladie est ancienne, pour qu'on puisse affirmer avec sûreté (ce sont ses expressions) que les vésicules bronchiques sont dilatées, au moins dans quelques points du poumon, surtout si le bruit respiratoire est extrêmement faible ou absolument nul dans beaucoup de points. Si un seul poumon est affecté, le côté correspondant est plus sonore que l'autre.

Cet observateur indique en outre comme signe tout-à-fait pathognomonique, mais qui ne s'entend ordinairement que quelques instans, de loin en loin, et dans des points peu étendus, une sorte de crépitation sèche (1), un bruit semblable à celui que produirait l'air insufflé dans un tissu cellulaire à demi désséché.

On voit que le diagnostic de la dilatation des vésicules bronchiques n'est pas encore bien assuré, et comme elle a de si prochains rapports avec la dilatation des bronches, comme elle paraît être presque toujours une suite de la bronchite chronique, il n'y avait pas lieu d'en faire l'objet d'une division spéciale. Il se peut toutefois que les vésicules bronchiques soient généralement plus amples à la suite de la mort,

(1) *Râle crépitant sec ou à grosses bulles.*

quand celle-ci est l'effet du remplacement de l'air par un gaz impropre à la respiration ou d'un obstacle apporté à l'entrée de l'air dans le poumon ; il se peut aussi que la dilatation de ces vésicules puisse être l'effet direct du jeu des instrumens à vent et de tous les efforts des organes respiratoires, ou même d'une compression exercée sur un des points de l'arbre respiratoire.

Laennec pense d'ailleurs que la dilatation des vésicules bronchiques, à un médiocre degré, n'est pas un état très-grave, et que de toutes les difficultés chroniques de respirer celle qui en provient est le plus compatible avec une longue vie, à moins que le poumon ou le cœur ne s'affecte consécutivement.

Cette dilatation, improprement appelée *emphysème pulmonaire*, peut donner lieu, par la rupture des parois des vésicules bronchiques, à une véritable infiltration d'air dans le tissu du poumon, altération dont il sera parlé au chapitre suivant.

11° Des *excroissances* formées d'un tissu vésiculaire ont été trouvées sur la membrane muqueuse des bronches par Murray, Cheyne et Horn. Laennec a trouvé, dans la bronche gauche d'une femme phthisique, une concrétion d'un pouce et demi de longueur et de quatre lignes de diamètre, qui remplissait presqu'entièrement ce conduit ; elle adhérait intimement au point de division des bronches, de manière que son extrémité droite, arrondie en forme de champignon, devait faire quelquefois bascule et oblitérer la bronche droite. Le tissu de cette con-

crétion était semblable aux concrétions polypiformes du cœur et des artères, mais plus ferme et moins humide ; il était blanc intérieurement, nuancé de jaune et de rouge, et il recelait quelques filets vasculaires sanguins ramifiés, moins apparens à l'intérieur qu'à la surface qui était, surtout vers l'extrémité renflée, d'un rouge violet foncé. Laennec conjecture avec fondement que cette concrétion était le reste d'un caillot sanguin volumineux arrêté dans la bronche. Peut-être les excroissances trouvées jadis dans les canaux bronchiques n'étaient-elles pas autre chose.

12° On trouve dans les bronches des matières muqueuses, séreuses, sanguines, puriformes, et quelquefois membraniformes, semblables à celles qui se sont montrées dans les crachats ou que l'on trouve dans le larynx et la trachée-artère, selon la nuance et l'intensité de l'inflammation aiguë ou chronique dont elles ont été affectées.

Ces matières ne recouvrent pas seulement les parties de la membrane bronchique qui ont été enflammées, si la phlegmasie occupe un point éloigné de la grande bifurcation; ces matières se trouvent aussi, en pareil cas, dans les bronches situées entre le point enflammé et la trachée-artère, transportées jusque-là par le mouvement respiratoire et les efforts d'expectoration.

Quand l'inflammation a été très-vive ou la sécrétion très-abondante, une grande partie des canaux bronchiques sont obstrués par les matières dont il

vient d'être parlé, et dans ce cas on conçoit aisément que la vie n'ait pu continuer.

Quelquefois on trouve une bronche obstruée par une sorte de bouchon, plus ou moins prolongé, de substance muqueuse, parfois très-compacte. Ce mode d'oblitération a lieu dans les plus petites ramifications bronchiques, plutôt qu'en tout autre endroit des voies respiratoires; elle occupe plus rarement une division bronchique moyenne seulement, sans s'étendre dans ses ramifications.

Cette obstruction peut, selon Andral, être momentanée, et, pendant qu'elle a lieu, faire cesser tout à coup le râle muqueux; on n'entend plus alors le bruit respiratoire dans une certaine étendue du poumon; la respiration devient subitement gênée, quoique la percussion continue à donner un son net en cet endroit, signes qui peuvent être dus à la dilatation des vésicules bronchiques; le bruit respiratoire et le râle se rétablissent ensuite après une quinte de toux, la gêne de la respiration devient de plus en plus gênée, la suffocation est imminente, et la mort termine cette scène. Ceci peut arriver dans le cours de la bronchite même la plus légère; deux cas de ce genre ont été observés par Andral, qui pense pouvoir attribuer la mort à cette obstruction d'une partie des bronches d'un seul poumon. Laennec doute qu'elle puisse dépendre de cet état, car il a vu un homme éprouver peu d'oppression, et ne ressentir aucune menace de suffocation, avant d'expectorer un crachat énorme, sans mélange d'air, pesant une demi-once, qui aurait rempli une cuiller,

et dont le séjour dans le poumon paraissait avoir été d'assez longue durée.

B. Aux cerceaux cartilagineux et autres tissus composant les parois des bronches.

Les cerceaux des bronches se carient quelquefois, quand la membrane muqueuse est ulcérée; et dans ce cas on les trouve quelquefois ossifiés, comme chez les vieillards.

C. Aux glandes bronchiques.

Si l'on n'ignorait point quels peuvent être les signes de l'inflammation des glandes bronchiques, ce ne serait pas ici le lieu de parler des traces que cet état morbide laisse après la mort; mais ces traces sont tout ce qu'on sait de la phlegmasie de ces glandes; il convient par conséquent de n'en faire mention qu'à l'occasion des traces de l'inflammation des bronches. Toute autre marche substituerait la mort à la maladie, sous prétexte de mieux éclairer celle-ci.

Broussais dit avec raison que l'on trouve souvent des traces d'inflammation, surtout chronique, dans les glandes des bronches. Ces traces sont:

Un gonflement manifeste, un développement inaccoutumé;

Une rougeur pâle ou foncée et même brunâtre, encore plus marquée à l'intérieur qu'à la surface;

Quelquefois du pus, soit infiltré, soit rassemblé en petits foyers;

Une matière ressemblant à de la craie, ordinairement humide, quelquefois sèche et lapidiforme, d'un blanc mat, souvent strié ou ponctué de noir, ainsi que le tissu de la glande, au centre de laquelle elle est située;

Une matière tuberculeuse, soit sèche soit réduite en une substance caséiforme et une sérosité visqueuse, ou en un pus épais et grumeleux, presque toujours infiltrée dans le tissu des glandes, très-rarement rassemblée au centre, et quelquefois tellement abondante que ces organes égalent en grosseur un œuf de pigeon ou de poule, et sont ordinairement agglutinés en une masse bosselée et informe;

Enfin de la matière mélanique, qu'il faut distinguer de la teinte noire que ces glandes présentent si souvent, sans avoir subi aucune altération.

Ces trois dernières matières, et surtout les deux premières, sont très-souvent mêlées dans la même glande; la seconde est le plus souvent isolée.

La matière tuberculeuse contenue dans les glandes bronchiques disparaît quelquefois sans qu'on sache comment, ou bien se fraye une voie dans les bronches et se trouve ensuite expectorée en partie ou en totalité; alors on trouve au centre de ces glandes une cavité vide ou contenant un reste de matière tuberculeuse, et revêtue d'une membrane muqueuse accidentelle. Lorsqu'une communication s'est établie entre cette cavité et celle d'une bronche, ce qui arrive plus souvent, dit-on, chez les enfans que chez les adultes, et même avec celle de l'œso-

phage, ce qui n'a été vu qu'une seule fois (*Guersent*), cette membrane tapisse également le trajet fistuleux et rejoint ainsi la membrane muqueuse du conduit normal dans lequel la matière tuberculeuse est déposée.

L'HAMULAIRE est un ver allongé, d'un pouce ou plus de longueur, arrondi, légèrement comprimé latéralement, d'un brun noirâtre, parsemé de taches blanches, mince à son extrémité antérieure, à tête peu distincte, terminée en pointe obtuse, portant deux crochets mobiles au gré de cet animal, qui est à moitié transparent vers l'extrémité postérieure, également obtuse et peu distincte, et recourbé à ses extrémités après sa mort. Treutler a trouvé plusieurs vers de ce genre dans les glandes bronchiques tuméfiées d'un homme, âgé de vingt-huit ans, devenu phthisique après avoir abusé de ses organes sexuels solitairement et dans le coït (1).

Personne, depuis Treutler, n'a revu ce ver dans les glandes bronchiques ni ailleurs.

§ II. Des effets produits par la présence des corps étrangers dans les bronches, ainsi que par le défaut d'air et les altérations de ce fluide.

1798. De petits *corps solides*, tels que des noyaux, des aiguilles, des épingles, des échardes, des canules lacrymales s'introduisent quelquefois, non seulement dans le larynx et la trachée, mais

(1) *Observationes pathologico-anatomicæ*. Leipzig, 1793.

encore jusque dans les bronches. Il résulte de leur présence, de l'irritation, de la toux, de la gêne dans la respiration, un sentiment de suffocation imminent. Quand la toux convulsive et la gêne extrême de la respiration ont cessé, on est autorisé à supposer qu'ils sont parvenus dans les bronches, si leur volume le permet, à moins que déjà la membrane muqueuse laryngo-trachéale ne soit accoutumée à leur contact.

1799. Laennec a trouvé des *matières alimentaires*, à moitié altérées, jusque dans les bronches d'un homme mort subitement, après avoir éprouvé des nausées et fait un violent effort pour ne pas vomir en présence de Corvisart.

1800. On a supposé que la *poussière* répandue dans l'air autour des tailleurs de pierre, des maçons, des chaufourniers, des marbriers, des lapidaires, des matelassiers, pouvait se rassembler dans les ramifications bronchiques et y former des concrétions lapidiformes. Laennec pense que l'on ne doit point attribuer à cette cause la matière crétacée que l'on trouve quelquefois dans les bronches, et c'est avec raison, puisqu'on ne rencontre pas cette matière exclusivement chez les sujets adonnés à des professions de la nature de celles qui viennent d'être indiquées. Néanmoins, l'observation journalière démontre que les sujets dont les bronches sont très-sensibles parviennent difficilement à s'accoutumer à ces professions, parce qu'en effet il ne peut être indifférent pour tout le monde de respirer sans cesse un air chargé de corpuscules solides, quelque peu volu-

mineux qu'ils soient. Si les voituriers, qui passent une partie de leur vie au milieu de la poussière des grands chemins, jouissent ordinairement d'une bonne santé, ce n'est point une preuve suffisante cuité de la poussière, car tous ces hommes sont de l'innochoisis parmi les plus robustes.

1801. La *fumée*, notamment celle des chandelles et des lampes, en un mot celle des graisses en combustion, est certainement une cause incontestable d'irritation souvent très-grave pour les bronches, quoiqu'elle soit visiblement rendue chaque matin, avec les crachats, par les personnes soumises chaque soir à son action et qui expectorent à l'instant de leur réveil.

1802. Les *mucosités*, le *pus*, les *couches membraniformes* que l'inflammation développe dans les bronches y deviennent de véritables corps étrangers, qui s'opposent soit à l'entrée de l'air, soit à l'impression que ce fluide doit exercer sur la membrane muqueuse, et qui de l'une ou l'autre manière peuvent déterminer la suffocation.

Le pus, versé dans les voies respiratoires après s'être formé ailleurs, peut, lorsqu'il est assez abondant, occasioner le même effet.

1803. Le *sang*, versé en grande quantité dans les bronches, par un vaisseau rompu du poumon ou par suite de la rupture d'un kyste anévrismal, ou bien introduit par la glotte et provenant du nez, de la bouche ou de l'estomac, peut déterminer la mort par suffocation, en s'opposant à l'entrée de l'air qui doit servir à la respiration. Quand il est en

moindre quantité, il est rejeté par l'expectoration qui s'accompagne quelquefois du vomissement.

1804. Chez les animaux que l'on submerge dans l'huile, ce liquide pénètre dans toutes les ramifications bronchiques; il doit en être de même de l'eau qui parvient dans les bronches des noyés (1). Mais indépendamment de l'obstacle apporté à l'introduction de l'air par la présence de l'eau dans les bronches de l'homme submergé, ce liquide oppose une barrière invincible à l'introduction de l'air dans les voies respiratoires, par cela seul qu'il remplace ce milieu autour du sujet.

Dès que le sujet se sent submergé, alors même que c'est par un effet de sa propre volonté, il fait des efforts pour échapper à la mort; s'il ne sait pas nager, il s'agite en tous sens, se cramponne instinctivement et avec violence à tout ce qu'il rencontre; il éprouve des vertiges, des tintemens d'oreille, une gêne inexprimable dans la respiration; il fait de courtes inspirations et expirations; l'anxiété devient de plus en plus forte; il fait de nouveaux efforts pour respirer; l'air s'échappe du poumon et paraît sous forme de bulles à la surface de l'eau, celle-ci le remplace dans le conduit respiratoire. En trois minutes et demie, au plus, et souvent plutôt, le sentiment de l'existence, les mouvemens respiratoires et circulatoires cessent d'avoir lieu. Même après quelques heures de submersion, on peut en-

(1) Piollet, *Mémoire sur l'absorption*, lu à l'Académie royale de médecine.

core espérer de rétablir l'action organique ; mais pour l'ordinaire il est déjà trop tard lorsqu'une heure seulement s'est écoulée ; souvent même il suffit de peu de minutes de séjour dans l'eau pour que la vie soit éteinte sans retour.

Lorsqu'une personne submergée est retirée de l'eau après avoir perdu connaissance, l'aspect qu'elle présente diffère selon le temps qu'elle a passé dans ce liquide.

Si quelques instans seulement ou du moins peu de temps se sont écoulés, la peau est froide, mais elle n'est pas encore affaissée ni glaciale comme chez le cadavre; les sens, la sensibilité, la conscience, la pensée, la voix, les mouvemens n'ont plus lieu, la respiration a cessé (1), le cœur ne bat plus, il n'y a plus de pouls (2), le corps offre en un mot l'image d'un cadavre(3), alors même que l'exercice de l'action organique peut encore y être rétabli. Cette action se rétablit quelquefois d'elle-même par le seul fait du retour à l'air, quand le sujet est vigoureux, lorsqu'il a séjourné très-peu de temps dans l'eau, et quand la température de l'atmosphère n'est pas trop basse ; mais le plus souvent, malgré toutes ces circonstances favorables, la vie achèverait de s'éteindre, si l'on n'exerçait des stimulations sur tous les organes accessibles à nos moyens d'excitation.

(1) *Apnée par submersion.*

(2) *Asphyxie par submersion.*

(3) *Mort apparente par submersion.*

Si l'on échoue dans ce travail ou si le corps est abandonné sans secours, la vie achève de s'éteindre, les saillies musculaires et cellulaires s'affaissent, les articulations deviennent inflexibles, les caractères irréfragables de la mort se prononcent et tout espoir est perdu.

Lorsque le sujet était faible et l'eau très-froide, lors même qu'il séjourne peu de temps sous l'eau, il ne revient point spontanément à la vie, et l'on réussit difficilement à l'y rappeler; ce qui est un puissant motif pour insister davantage sur l'emploi des moyens indiqués en pareil cas.

A l'ouverture des cadavres on trouve sous le cuir chevelu une quantité notable de sang noir, liquide, la surface du cerveau brunâtre, quoique sans épanchement, les vaisseaux encéphaliques ordinairement gorgés de sang, l'épiglotte toujours relevée, le thorax dilaté, sa paroi antérieure élevée, le diaphragme ordinairement refoulé vers l'abdomen, les poumons crépitans, les bronches remplies d'une matière écumeuse, blanche ou sanguinolente, la trachée-artère quelquefois tapissée d'un mucus rougeâtre et facile à isoler, quelquefois de la vase, de la boue dans les voies respiratoires, les cavités droites du cœur, l'artère pulmonaire, les veines caves et jugulaires énormément distendues par du sang noir, le ventricule et l'oreillette gauche remplis de sang de même couleur, mais non pas autant distendus, le ventricule droit brunâtre, celui du côté gauche d'un rose clair, le sang fluide pendant plusieurs heures, enfin on trouve de l'eau dans l'estomac.

Lorsque le sujet a séjourné dans l'eau beaucoup au-delà du temps où la vie pouvait encore être ranimée, on observe des signes d'une putréfaction commençante ou déjà avancée ; tout excitant serait alors inutile : on a retiré de l'eau un cadavre et non pas un malade.

1805. Les *vapeurs mercurielles* auxquelles les mineurs et les doreurs sont exposés déterminent chez eux des ulcères à la bouche, la fétidité de l'haleine, la salivation, la gêne de la déglutition et de la respiration, des mouvemens convulsifs, des tremblemens, une irritabilité excessive des organes des sens, la perte de la mémoire, de l'intelligence, l'apoplexie.

Ces vapeurs ne doivent pas agir seulement sur les voies digestives, puisqu'Orfila a été malade pour n'avoir pas lavé ses mains trempées de solution de sublimé; elles agissent aussi sur la bouche et l'estomac. (*Ramazzini.*)

Une femme ayant été exposée à la vapeur du mercure dans une étuve où l'on frottait son mari, avec un onguent mercuriel, éprouva une salivation excessive et des ulcères à la gorge. (*Fabrice de Hilden.*)

Une grande quantité de mercure ayant été répandue dans un navire, la température de l'air étant très-élevée, occasiona la salivation, des ulcères à la bouche, à la langue, des paralysies partielles et la diarrhée, chez deux cents hommes de l'équipage ; tous les animaux, parmi lesquels était un oiseau, périrent, six devinrent phthisiques et trois mouru-

rent promptement; deux moururent de salivation, avec gangrène des joues et de la langue; une femme perdit ses dents et éprouva des exfoliations des os maxillaires supérieur et inférieur. (*Burnett.*)

1806. L'*acide arsénieux* en vapeur détermine, lorsqu'on le respire, l'éternuement, de la toux, une grande difficulté de respirer, de l'anxiété, le vomissement, des douleurs dans la tête et les membres, le vertige, des tremblemens, la mort par suffocation ou par apoplexie, ou la phthisie pulmonaire.

1807. Les *vapeurs antimoniales*, introduites dans le poumon, déterminent une grande difficulté de respirer, un sentiment de constriction à la poitrine, une toux sèche, le crachement de sang, des douleurs d'intestin et le dévoiement.

1808. Le *plomb* réduit en vapeur est, très-probablement, pour beaucoup dans la production des symptômes qui ont été décrits au chapitre des Maladies de l'estomac dans le livre précédent; cependant on ne peut dire au juste quel rôle ce métal joue sous cette forme, puisque les artisans qui le travaillent le touchent sans cesse et sont exposés à l'ingérer avec leurs alimens. Ce qui semblerait prouver que le plomb n'agit guère par son introduction dans le poumon sous forme de vapeur, c'est que les ouvriers sobres et qui observent tous les soins que la propreté exige en ressentent rarement les mauvais effets.

1809. Le *chlore*, répandu en petite quantité dans l'air, irrite vivement les voies respiratoires, occasione

un sentiment de picotement au larynx, de chaleur derrière le sternum, de gêne et de pesanteur dans la poitrine, et une toux sèche, opiniâtre et fatigante. Respiré en quantité notable, ce gaz détermine une phlegmasie bien caractérisée des voies respiratoires, et par suite la production d'une couche membraniforme, qui, dans le cas le mieux connu de ce genre, rapporté par Chaussier, a été expectorée. La respiration prolongée de ce gaz déterminerait nécessairement la mort, car outre l'action irritante qu'il exerce sur la membrane bronchique, et qui suffit pour tuer les animaux plongés dans ce milieu avant que le sang artériel ait passé du rouge au noir, il ne peut remplacer l'air dans l'accomplissement de la respiration.

1810. Le *gaz acide nitreux*, inspiré en quantité notable avec l'air atmosphérique, détermine un sentiment d'âcreté au gosier, de chaleur derrière le sternum, de gêne dans la poitrine, une toux fréquente, d'abord difficile, sèche, puis avec expectoration de mucus écumeux d'un jaune orangé ; la décoloration du visage, l'élévation du pouls, quelquefois des nausées, des vomissemens et des selles ; la gêne de la respiration va en augmentant, le râle se fait entendre sans le secours du cylindre, la face devient bleue, le hoquet, du délire, des convulsions surviennent, ou bien le sujet perd la parole et le mouvement avant de perdre connaissance, et dans les deux cas il succombe.

Peu après la mort, Desgranges a vu le ventre s'élever, se tendre, le visage devenir pourpre, les

lèvres noires, le sang couler du nez et par la bouche.

A l'ouverture du cadavre d'un sujet qui périt quarante-cinq heures après un empoisonnement de ce genre, on a trouvé la trachée-artère et les bronches de couleur livide; le poumon droit complètement adhérent, gorgé dans sa totalité d'un sang noir et diffluent, comme macéré dans ce liquide, et n'offrant de crépitation dans aucun de ses points; le poumon gauche adhérent au médiastin et au diaphragme, nageant dans un liquide sanguinolent, crépitant dans quelque point, moins altéré, moins gorgé de sang que celui du côté gauche; le cœur rempli de sang noir et liquide, surtout à droite; l'oreillette droite amincie et très-dilatée partiellement; tous les vaisseaux remplis outre mesure de sang noir et coagulé; la membrane orale et la luette gangrénées; l'estomac distendu par des gaz, la membrane muqueuse de la grande courbure très-épaissie, celle du cardia détruite, celle du pylore rouge, et sur quelques points ulcérée; les intestins distendus par des gaz. Il existait un emphysème aux côtés droit du cou, gauche de la poitrine; l'abdomen était balloné et verdâtre, la verge et le scrotum injectés et violacés, les ongles des mains et des pieds violets, dès avant la mort. Lorsque l'on remua le cadavre, à l'instant de l'ouvrir, du sang noir et liquide sortit abondamment par le nez et par la bouche (1).

(1) Cherrier, *Bulletin de la Société médicale d'émulation*, 1823.

1811. Le *gaz acide sulfureux* inspiré en petite quantité irrite fortement la membrane muqueuse des voies aériennes, provoque un sentiment très-vif de picotement au larynx, une toux précipitée, sèche, mais passagère. A haute dose, il ferait sans doute périr comme le précédent.

1812. Le *gaz acide hydro-sulfurique* peut être considéré comme ayant contribué à causer la mort d'une femme âgée de quarante ans, qui, un demi-quart-d'heure après avoir avalé une solution de sulfure de potasse, fut trouvée la tête pendante hors du lit, au dessus du vase de nuit qui contenait des matières rendues par le vomissement, et d'où se dégageait abondamment du gaz hydro-sulfurique. Toute la peau, surtout à la face, notamment aux lèvres et aux paupières, au bout des doigts et à tout le côté gauche du corps, était d'une teinte violacée; la langue pendait hors de la bouche; celle-ci était entr'ouverte, et laissait sortir des flots de salive visqueuse brunâtre et du gaz hydro-sulfurique; les yeux étaient immobiles, ternes; les membres sans mouvement autre que celui qu'on leur imprimait; la déglutition était impossible, la respiration avait cessé; on apercevait à peine de légers hoquets, et un frémissement presque inappréciable se faisait sentir à la région du cœur. Les traces que l'on trouva dans le cadavre ont été exposées dans le premier livre de cet ouvrage (412); les symptômes ont dû trouver place ici, car ils tendent à établir qu'il y eut respiration du gaz hydro-sulfurique, et que cette mort si rapide fut due, au moins en partie, à cette circonstance.

Des ouvriers occupés à l'exploitation d'une mine de charbon de terre ayant été exposés à l'action du gaz acide hydro-sulfurique, tombèrent dans la prostration la plus profonde, et après la mort on trouva les fosses nasales et les bronches enduites de mucosité brunâtre et visqueuse, les vaisseaux remplis de sang noir et épais, les muscles noirâtres et privés de toute contractilité, toutes les parties molles très-friables, faciles à déchirer, et promptement putréfiées.

1813. Le *gaz protoxide d'azote*, respiré à dessein par H. Davy, détermina d'abord du vertige, ensuite des sensations analogues à celle d'une douce pression sur les muscles, accompagnée de frémissemens très-agréables, particulièrement dans la poitrine et les extrémités; les objets paraissaient éblouissans et l'ouïe était plus subtile, puis l'agitation augmenta, une propension irrésistible au mouvement se fit sentir. Dans une expérience semblable, Proust éprouva des étourdissemens et un malaise inexprimable. Ce même gaz ayant été respiré par Vauquelin, celui-ci tomba aussitôt presque sans force; son pouls était extrêmement agité, un bourdonnement se faisait entendre à ses oreilles, les yeux étaient hagards et roulaient dans les orbites, les traits décomposés, la voix ne pouvait plus se faire entendre et la souffrance était extrême. Chez deux de ses élèves, la respiration devint bientôt très-précipitée, la face blême, bleuâtre; après l'expérience, ils tombèrent en défaillance, et y restèrent pendant quelques secondes. Thénard devint successivement

pâle et violet; il était sans force et ne voyait les objets que comme à travers un nuage; ils lui paraissaient en mouvement; enfin il éprouva une douleur de tête qui dura quelques heures. Orfila s'étant soumis à une épreuve de ce genre, ressentit des vertiges, un malaise extrême, une vive chaleur dans la poitrine, et éprouva un évanouissement qui dura six minutes.

1814. Le *gaz* qui se dégage des *fosses d'aisance* est formé ordinairement : 1° d'air atmosphérique et d'hydro-sulfate d'ammoniaque, composé lui-même de gaz acide hydro-sulfurique et de gaz ammoniaque; 2° quelquefois de gaz azote 94, acide carbonique ou sous-carbonate d'ammoniaque 4, et gaz oxigène 2.

Ces deux variétés de gaz arrêtent également la respiration, la circulation, et font cesser le sentiment, le mouvement, chez les personnes qui, comme les vidangeurs, les respirent abondamment.

La première variété de ce gaz, celui qui est rendu nuisible par la présence de l'*hydro-sulfate d'ammoniaque*, quand ses effets sont modérés, détermine du malaise, des envies de vomir, des mouvemens convulsifs de tout le corps, et principalement des muscles de la poitrine et des membres; la respiration est libre, mais irrégulière; le pouls est très-embarrassé et la peau est froide. Si le gaz a fortement agi, le sujet tombe privé de connaissance, de sentiment, de mouvement; la face et surtout les lèvres sont violettes, une écume sanglante s'échappe de la

bouche, les paupières sont fermées, les yeux sont ternes, la pupille dilatée, immobile; la respiration est courte, difficile et comme convulsive, les battemens du cœur sont tumultueux, le pouls est petit et fréquent, les membres sont dans le relâchement, la peau est froide; bientôt il survient, quelquefois, de l'agitation. Enfin, si l'action du gaz a été aussi forte que possible, le sujet paraît ressentir de vives douleurs, il pousse des espèces de mugissemens, la respiration est convulsive, les muscles des membres se contractent avec force par instans, le tronc se courbe violemment en arrière.

Lorsque le mal n'est pas irrémédiable, le sujet, étant transporté à l'air libre, reste d'abord quelque temps dans un état de mort apparente; puis il fait de grandes inspirations; la respiration se rétablit, se régularise peu à peu, les battemens du cœur redeviennent sensibles, le pouls se ranime; cependant la respiration reste laborieuse, le pouls faible et petit, l'appétit peu prononcé, les digestions pénibles, les muscles affaiblis, les fonctions intellectuelles engourdies, et le sujet ne recouvre la santé qu'avec lenteur.

Une personne soumise à ce genre d'empoisonnement, et qui en avait présenté les symptômes les plus graves, ayant succombé au bout de quelques heures, Dupuytren ouvrit le cadavre, quarante heures après la mort, et par un temps orageux. Les bronches étaient d'une couleur d'autant plus rouge qu'on les examinait plus près de leurs dernières ramifications; les poumons étaient crépitans, mais

gorgés de sang noir en arrière; le sang contenu dans les cavités splanchniques était noir et très-liquide; la membrane interne de quelques gros vaisseaux était d'un rouge assez vif; le foie d'un noir verdâtre, gorgé de sang; l'estomac présentait des traces d'irritation récente et d'autres d'irritation ancienne; le canal intestinal était verdâtre; le cerveau était verdâtre et peu consistant, tous les viscères exhalaient une odeur de poisson pourri; la peau était bleuâtre et soulevée par des gaz.

Plusieurs des personnes présentes ressentirent des lassitudes, de l'engourdissement, de la somnolence et des douleurs dans l'abdomen (1).

La seconde variété de gaz des fosses d'aisance, celui dans lequel l'*azote* domine, détermine de la gêne dans la respiration, qui devient d'abord grande, élevée, rapide, et ensuite diminue graduellement, en même temps que la circulation s'arrête, le sentiment s'éteint, et la faculté du mouvement se perd. Ordinairement le sujet revient peu à peu à la vie, lorsqu'il est replacé à temps dans l'air atmosphérique. Lorsque, malgré les soins qu'on lui prodigue ou faute de soins, il succombe, on trouve le système artériel rempli de sang noir.

1815. Le *gaz acide carbonique* a causé la mort de cinq personnes, sur sept, qui avaient respiré la vapeur d'un four à chaux. (*Fodéré.*)

Une servante, tenant un flambeau à la main, descend dans une cave, où, depuis plusieurs jours, fer-

(1) Dupuytren, *Nouv. journal de méd*, t. 1.

mentait du suc de raisins. A peine a-t-elle franchi le seuil de la porte qu'un éblouissement instantané et une suffocation légère la saisissent : cependant elle avance quelques pas ; des vertiges, le serrement des tempes, une grande faiblesse mêlée de terreur vague s'emparent d'elle, ses genoux fléchissent, le flambeau lui échappe, elle recueille ses forces, s'élance, tombe au-delà de la porte de la cave, presque évanouie, la porte se referme, elle reprend ses sens et sa vigueur. (*Collard de Martigny.*)

Un vigneron, fort et bien portant, foulait une cuve de raisin; sa figure devient très-rouge, ses yeux humides et étincelans, la respiration paraît suspendue, il reste encore un souffle léger suffisant pour ternir une glace, l'action du cœur et le pouls sont insensibles. Des soins bien dirigés procurent un amendement marqué ; mais il revient tantôt du délire, tantôt de la stupeur, et, malgré tous les moyens mis en usage, le sujet finit par succomber.

Pilate de Rozier se fit descendre dans une atmosphère d'acide carbonique produite par la fermentation de la bière : bientôt picotement aux yeux, vertige, bourdonnement d'oreilles, étouffement, sentiment de suffocation, le visage devient bleu pourpre, et il fallut cesser cette dangereuse expérience.

La *vapeur du charbon*, au commencement de l'incandescence, contient : azote 98, air atmosphérique 38, acide carbonique 26, hydrogène carboné 26; cette même vapeur, lorsque le charbon est par-

faitement enflammé, contient : air atmosphérique 81, azote 73, acide carbonique 20. La respiration de cette vapeur détermine, quand son action est modérée et lorsqu'elle commence à se manifester, une pesanteur excessive de la tête, des tintemens d'oreille, le trouble de la vue, une tendance irrésistible au sommeil, quelquefois due à une sorte de plaisir qui fait qu'on ne cherche point à se soustraire au danger. Si la cause continue d'agir ou si elle agit fortement de premier abord, de violentes douleurs se font sentir à la tête, la respiration devient gênée, et cela de plus en plus, le cœur bat avec violence, puis les mouvemens circulatoires, respiratoires et volontaires cessent (1) ainsi que l'exercice de la sensibilité, le sentiment de l'existence et la pensée; mais la chaleur de la peau est la même qu'avant l'accident et elle se conserve long-temps dans cet état; les membres sont quelquefois flexibles, d'autres fois raides et contournés; les lèvres sont vermeilles; la face est d'un rouge livide et ses vaisseaux sont gonflés, ou pâle et plombée; les excrémens et l'urine sortent parfois involontairement.

A l'ouverture des cadavres des sujets qui ont péri pour avoir respiré, soit l'acide carbonique, soit la vapeur du charbon, on trouve les veines partout, mais principalement au poumon et au cerveau, gorgées de sang noir et très-liquide, le systême artériel presque vide, les poumons comme emphysé-

(1) *Mort apparente ou asphyxie par la vapeur du charbon.*

mateux, les muscles ramollis, l'estomac et les intestins rougeâtres, l'épiglotte relevée, la langue tuméfiée, le visage gonflé, rouge, livide, le corps tuméfié, parfois marqué de tâches violettes, les membres rougeâtres.

1816. Depuis un temps immémorial les *émanations* des matières *animales* et *végétales* en *putréfaction* et celles qui s'élèvent soit du poumon ou de la peau des *malades*, soit de leurs matières excrémentielles, même avant que celles-ci ne soient putréfiées, sont regardées comme toujours nuisibles et souvent mortelles pour les personnes en santé qui les respirent. Ce n'est pas ici le lieu d'examiner si elles nuisent par leur action sur la peau.

Ce qu'il y a de certain, c'est que l'altération que l'*air non renouvelé* subit dans un lieu étroit, clos et renfermant relativement à son étendue un trop grand nombre de personnes même bien portantes, pendant un certain espace de temps, détermine chez elles les effets les plus redoutables. Témoins la séance des assises d'Oxford et la prison du Bengale.

Au Bengale, cent quarante-six hommes furent à peine enfermés, à huit heures du soir, dans une chambre de vingt pieds carrés, percée de deux petites fenêtres donnant sur une galerie peu aërée, qu'ils éprouvèrent une chaleur excessive, une soif ardente, de vives douleurs dans la poitrine, une gêne excessive de la respiration, un sentiment de suffocation imminente, une sueur abondante et continuelle; exaspérés par le besoin de respirer, la

soif et le désespoir, ils entrèrent en fureur et se battirent avec acharnement pour s'emparer de l'eau qui leur fut donnée, et pour s'approcher des fenêtres; le lendemain matin vingt-trois seulement vivaient encore. Plusieurs de ces malheureux périrent foulés aux pieds par leurs compagnons.

A Oxford, les juges et les assistans périrent victimes de l'altération de l'air due à l'étroitesse du local et aux émanations des prévenus amenés d'un cachot infect.

Si l'air non renouvelé, graduellement dépouillé de la quántité d'oxigène qu'il doit comprendre pour que la vie et la santé aient lieu, et chargé seulement des émanations de personnes à la vérité d'abord bien portantes mais ensuite de plus en plus malades, a pu produire de si terribles effets, on ne doit pas hésiter à penser que l'air mal renouvelé, sans cesse souillé par les émanations de corps malades, trop rapprochés les uns des autres, dans les salles des infirmeries et des hôpitaux encombrés, nuit éminemment à ces malades, aggrave leur état, ajoute au danger de leur situation, et est susceptible de ravir la santé aux personnes qui viennent, même momentanément, dans ces tristes lieux.

C'est ce qui est arrivé trop souvent dans les hôpitaux militaires, et là, plus souvent qu'ailleurs, depuis les guerres de la révolution. On conçoit qu'il n'est pas même besoin pour cela de toucher les malades, puisqu'on respire l'air altéré qui les entoure.

Parmi les blessés, les convalescens, les traînards, placés au milieu de cette cause de destruction, tous n'en sont pas affectés; encore moins sévit-elle sur tous les visiteurs qui n'y sont que momentanément soumis : cela se conçoit aisément puisque tous les hommes diffèrent sous le rapport de la susceptibilité à contracter les maladies, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause.

Le fait est qu'en allant respirer l'air altéré et insuffisamment renouvelé des hôpitaux encombrés ou de tout autre lieu mal aéré, renfermant plus de malades qu'il ne doit en contenir, on s'expose, sinon à contracter exactement la même maladie que celle qui y règne, car le danger n'est guère moins grand lorsque l'encombrement a lieu pour des malades de toute espèce, du moins à éprouver une maladie ou légère ou grave ou mortelle, et quelquefois une mort presque subite. Tel fut le sort du fils de J. P. Frank, qui mourut peu d'heures après avoir respiré la vapeur exhalée du corps d'un malade qu'il avait subitement découvert.

Les émanations des corps malades se composent de l'air qu'ils expirent et des exhalaisons qui de la peau, des membranes muqueuses gastro-intestinale respiratoire et génitale et de leurs produits matériels, s'élèvent dans l'air ambiant.

Les émanations de la peau paraissent plus susceptibles que toutes les autres de faire une impression telle sur un corps sain que celui-ci subisse bientôt une maladie analogue à celle qui en a occasioné le dégagement. On suppose qu'elles agissent sur la

peau plutôt que sur la membrane muqueuse bronchique ; cependant plus d'une personne paraît avoir contracté la variole pour s'être seulement approchée d'un sujet qui en était affecté, sans y toucher le moins du monde.

Il faut distinguer parmi les émanations de la peau celles qui sont fournies par ce tissu enflammé, ulcéré, malade en un mot, et celles qui s'élèvent de ce tissu seulement échauffé, siége d'une transpiration abondante, ou couvert de sueur, par suite de la maladie d'un organe interne.

Les premières paraissent être l'agent qui, mis en contact avec la peau des personnes bien portantes, détermine sur elle la même maladie que celle dont elles sont le produit.

Les secondes ne peuvent être considérées comme jouant absolument le même rôle dans la transmission des maladies des organes internes, puisque le produit de l'organe sympathiquement surexcité ne peut agir comme le ferait celui de l'organe primitivement malade.

Si les maladies des organes internes se reproduisent par l'action des émanations, ce doit être par celle de toutes les émanations du corps qu'elles affectent et non pas seulement par celle des exhalaisons de la peau ; par conséquent, on est autorisé à penser que le poumon joue le plus grand rôle en pareil cas, chez le sujet qui reçoit l'impression du produit morbide vaporeux.

Les émanations des voies respiratoires paraissent devoir être plus volontiers reçues par la membrane

muqueuse bronchique, et pourtant les phlegmasies de cette membrane et du poumon sont celles dont la transmission est le moins généralement admise.

Les émanations des matières du vomissement, des matières fécales et des matières organiques putréfiées, ne semblent pas exercer une impression bien forte sur la peau; cependant quelques expériences tendent à établir que le gaz acide hydro-sulfurique exerce une action délétère sur l'organisme humain, alors même qu'il n'est en contact qu'avec la peau. (*Chaussier.*) Au reste, ces émanations agissent certainement sur les bronches puisqu'elles déterminent un sentiment bien marqué de gêne dans la respiration. On suppose qu'elles pénètrent jusque dans les voies digestives en se mêlant à la salive et aux alimens, mais la fétidité des gaz que l'on rend par haut et par bas, après avoir respiré ces vapeurs, n'en est pas une preuve décisive, car de nombreuses expériences ont prouvé avec quelle promptitude les liquides introduits dans les voies de la circulation exercent une influence manifeste sur les voies digestives. (*Gaspard*, *Orfila*, *Magendie.*)

Dans lse temps d'ignorance, les émanations de la membrane muqueuse sexuelle, de ses produits et même celles de la conjonctive, passaient pour avoir la propriété de reproduire les maladies qui en étaient l'origine, chez les sujets sur les organes desquels l'air les transportait. Cette erreur est en grande partie tombée dans l'oubli, et nous ne la rappelons que pour montrer jusqu'où peut s'égarer

l'imagination, quand elle s'isole tout-à-fait du sens commun.

Mais c'est assez pénétrer dans le champ des conjectures, et si nous y avons fait cette excursion nous n'avons eu d'autre but que de faire voir que la solution du problème de la transmission des maladies est à peine ébauchée et que ce qu'on appelle aujourd'hui *infection* mérite une sérieuse attention et pourra devenir le sujet de recherches immenses.

Les phénomènes que l'on observe par suite des émanations de toute espèce, élevées des corps des malades encombrés et rendues plus actives par l'absence des soins de propreté et des mesures de salubrité, sont ceux qui ont été arbitrairement groupés comme caractères spécifiques d'un état morbide, présumé toujours identique, et désigné, d'après un symptôme plus constant que les autres et la propriété supposée de se communiquer spécifiquement, sous le nom de *typhus contagieux*. Quelques personnes lui donnent encore aujourd'hui celui d'*empoisonnement miasmatique*.

Au chapitre des maladies de l'estomac nous avons décrit la gastrite, ordinairement compliquée, développée sous l'influence des miasmes. C'est ici le lieu de décrire les effets des mêmes miasmes sur les organes de la respiration.

Après une tension douloureuse de la tête, des horripilations dans le dos, un frisson entremêlé de bouffées de chaleur, la crispation et la pâleur de la peau, des tremblemens, la soif, des angoisses, un sentiment de découragement, phénomènes de l'in-

vasion de tant de maladies aiguës, on observe successivement la rougeur, l'inflammation légère, l'état chassieux des yeux, l'engorgement des cavités nasales, remplies d'un mucus d'abord limpide, puis visqueux, qui se dessèche ensuite et s'éclaircit enfin de nouveau; des phénomènes analogues à la bouche, à l'arrière-bouche, à la gorge et à la trachée-artère; quelquefois de la toux, de l'oppression de poitrine, et par conséquent une légère péripneumonie; plus souvent encore des hémorrhagies nasales, des inflammations légères ou superficielles de la gorge (1). Ces symptômes et les phénomènes d'irritation du système circulatoire, pour l'ordinaire ceux de l'irritation gastrique, soit primitive, soit sympathique, et enfin la pesanteur de tête, le bourdonnement d'oreille, le vertige, la stupeur, caractérisent le plus ordinairement le début des maladies développées par suitede l'encombrement des malades, dont l'effet est favorisé par la misère et les malheurs publics.

Quelquefois il se manifeste une inflammation vive des poumons avec point de côté, crachement de sang, oppression considérable. Mais, le plus ordinairement, les symptômes d'irritation des organes respiratoires finissent par être, soit remplacés, soit obscurcis par ceux de l'irritation des organes digestifs et du système nerveux. Néanmoins, dans des cas sporadiques analogues aux cas épidémiques dont il s'agit, le cylindre a prouvé que plus d'une fois l'in-

(1) J. V. Hildenbrand, *du Typhus contagieux*, traduct. de l'Allemand par J. C. Gasc; Paris, 1811.

flammation des organes respiratoires persiste, quoiqu'elle semble cesser lorsqu'on en juge seulement d'après les autres symptômes.

Chez les sujets âgés et faibles, les symptômes d'irritation des organes respiratoires, digestifs et circulatoires, sont quelquefois extrêmement légers, presqu'imperceptibles, de très-peu de durée, et les symptômes d'affection du système nerveux dominent presque dès l'invasion.

Les cas où les symptômes d'irritation, d'inflammation des organes de la respiration dominent sur ceux de l'irritation gastrique, ou les effacent, ont été désignés sous le nom de *typhus catarrhal*, et même plus d'un médecin a donné ce nom en général à tous les cas de typhus contagieux, tant les symptômes d'affection des organes respiratoires y jouent un rôle remarquable; leur prompte apparition et leur fréquente intensité tendent d'ailleurs à faire croire que les émanations des corps malades agissent principalement sur la membrane muqueuse bronchique, qui en effet paraît plus propre à en être affectée que la peau.

C'est aussi par des symptômes d'irritation des organes respiratoires que débutent plusieurs phlegmasies aiguës de la peau, réputées pour être le plus évidemment contagieuses; cette irritation les accompagne le plus ordinairement, et persiste quelquefois après qu'elles ont cessé. Ce fait tend à appuyer l'opinion qui vient d'être émise touchant l'organe sur lequel les émanations des corps malades agissent de préférence.

A l'égard des *émanations* qui s'élèvent des matières *animales* quelconques en *putréfaction*, il résulte de l'observation journalière qu'elles n'exercent aucun mauvais effet sur plusieurs individus qui sont habituellement soumis à leur influence, et même sur d'autres qui ne sont qu'accidentellement en rapport avec elles, tandis qu'elles déterminent les maladies les plus graves sur d'autres sujets placés dans les mêmes circonstances: témoins celles qu'éprouvèrent les condisciples de Corvisart et les assistans, lors de la dissection exigée pour la licence; témoins les maladies qui font périr chaque année quelques-uns des étudians en anatomie, que trop d'application porte à disséquer des cadavres en partie putréfiés, maladies qui étaient plus communes lorsque les amphithéâtres étaient tenus avec peu de soins, et avant que l'on fit usage du chlore pour les désinfecter; mais il faut dire que les organes de la respiration sont peu affectés dans ces maladies, dont le siége principal est ordinairement à la fois dans les voies digestives et l'encéphale (1).

Les *émanations* qui se dégagent des matières *végétales* en *putréfaction* paraissent être la cause principale des maladies qui règnent sur les bords des marais; car d'une part elles sont incomparable-

(1) Gaspard, *Expériences sur les matières putrides*; dans le *Journ. de phys.* de Magendie. — Magendie, dans le même. — Orfila, *Op. cit.* — Bouillaud, *Traité des fièvres*. Paris, 18...

ment plus abondantes que les émanations putrides animales qui s'élèvent des eaux stagnantes, et, d'une autre part, ces maladies diffèrent au moins par le type, dans nos contrées, sinon dans les pays chauds, des affections continues que déterminent ces dernières exhalaisons. En effet, les miasmes marécageux occasionent des maladies aiguës intermittentes, souvent pernicieuses, souvent mortelles, toujours très-opiniâtres quand elles ne font point périr le sujet (1).

Ces émanations agissent-elles de préférence sur le poumon plutôt que sur la peau ? Les organes de la respiration sont-ils affectés d'une manière importante dans les maladies périodiques qu'elles déterminent ? On peut répondre affirmativement par analogie à la première question ; les symptômes de ces maladies autorisent à répondre négativement à la seconde : mais ce sont là deux des nombreux points de doctrine sur lesquels on ne peut avoir que des conjectures dans l'état actuel de la science. Il faudra par exemple étudier comparativement l'action des émanations marécageuses dans les pays chauds et dans les pays tempérés ; par exemple, il faudra établir définitivement les rapports de ces émanations avec ce qu'on appelle la fièvre jaune et avec la peste, et il faudra ouvrir des cadavres. Ensuite, comment soustraire, d'abord le poumon, puis la peau, à l'action de l'air et des émanations dont il est le véhicule ? Il est encore une considéra-

(1) Monfalcon, *Histoire des marais.*

tion qu'il ne faut pas perdre de vue : c'est que les sujets qui ressentent d'une manière fâcheuse l'influence des émanations de toute espèce sont, pour l'ordinaire, soumis à d'autres conditions morbifiques dont il faut tenir compte, ainsi que de la prédisposition organique individuelle, si l'on ne veut commettre de graves erreurs.

Les *emanations odorantes*, fortes et pénétrantes *des végétaux* en pleine floraison, telles que celles des roses, des œillets, de la bétoine, du noyer, du sureau, du lys, du chèvre-feuille, du seringa, de la tubéreuse, de l'ellébore, de la coloquinte, et même celles de la graine de lin, ont plus d'une fois déterminé la douleur de tête, la gêne, la suspension de la respiration, des palpitations, le vertige, l'évanouissement, le tremblement, des convulsions, des vomissemens, des déjections. A la vérité on doit attribuer ces accidens plutôt à l'impression exercée sur la membrane nasale, qu'à l'action des émanations odorantes sur celle des bronches. Nous n'en faisons mention ici que pour rassembler tous les effets des substances délétères appliquées aux organes respiratoires.

1817. Après avoir indiqué les symptômes qui résultent de l'introduction des corps solides pulvéruleus et liquides, des vapeurs et des gaz nuisibles dans les bronches, et les traces qui restent dans les cadavres lorsque la mort a lieu, il convient de dire quelles altérations on trouve dans les organes respiratoires après l'introduction des poisons dans l'estomac.

Dans les cadavres des sujets qui ont péri par suite de l'action des *poisons irritans* en général sur la membrane muqueuse des voies digestives, on trouve assez souvent le tissu pulmonaire coloré en rouge ou en violet, dense, serré, compact, moins crépitant que dans l'état normal, ou contenant du sang ou de la sérosité sanguinolente, offrant en un mot des traces manifestes d'inflammation.

On a trouvé la membrane muqueuse des bronches d'un rouge intense et évidemment enflammée chez un enfant empoisonné par l'*acide sulfurique*.

Le lobe inférieur du poumon gauche était rouge, compact, non crépitant, gorgé de sang, et adhérent au diaphragme, et la plèvre du même côté contenait de la sérosité lactescente et des concrétions albumineuses, chez une femme qui avait pris de l'*acide nitrique*.

Chez un sujet empoisonné par l'*ammoniaque*, inconsidérément introduit dans les narines et la bouche, ce liquide détermina, chez un épileptique âgé de trente ans, une grande gêne de la respiration qui devint fréquente et stertoreuse, un râle très-marqué à chaque inspiration, la toux et l'expectoration chaque fois que le sujet essayait de boire; la voix était basse, faible, la parole difficile, entrecoupée, et de plus on observait tous les symptômes d'une vive inflammation de tout le canal digestif.

A l'ouverture du cadavre on trouva la face postérieure de l'épiglotte et l'entrée de la glotte très-

rouges et recouvertes d'une fausse membrane; toute la membrane muqueuse de la trachée-artère et des bronches d'un rouge vif, tapissée par endroits d'une couche membraniforme dont on retrouvait des portions jusque dans les ramifications bronchiques; les poumons étaient gorgés de sang en arrière; il y avait en outre des traces manifestes d'inflammation de la bouche, de l'œsophage, de l'estomac et des intestins; la substance du cerveau était généralement injectée et consistante dans certains points. (*Nysten*).

Dans un cas d'empoisonnement par le *deuto-chlorure de mercure*, A. Devergie a trouvé, outre les traces de l'inflammation des voies digestives, la face inférieure de l'épiglotte comme gangrénée, la trachée-artère rosée, les bronches et toutes leurs divisions présentant une teinte violacée.

On a trouvé les poumons compactes, durs, gorgés de sang et non crépitans, à leur partie postérieure, chez un sujet qui avait pris à l'intérieur de l'*acide arsénieux*.

Les poumons étaient adhérens, tachetés, les bronches remplies dans toute leur étendue d'un mucus écumeux, les plèvres contenaient de la sérosité, chez un sujet mort dix-sept jours après avoir été empoisonné par du vin dans lequel avait séjourné du verre d'*antimoine*.

Les poisons appelés *narcotiques*, bien qu'il ne provoquent dans les organes de la respiration aucun phénomène bien caractéristique, déterminent souvent dans les poumons des altérations semblables à celles qui ont été indiquées plus haut, comme étant

parfois l'effet des poisons appelés *irritans*. Cet état des poumons a été aussi observé dans des cas d'empoisonnement par l'*aconit*, l'*éllebore noir*, la *ciguë*, la *noix vomique* et les *champignons*.

Le larynx, la trachée-artère avaient une teinte violacée ; cette dernière contenait beaucoup de sang ; les poumons étaient violets et gorgés de sang de même couleur, chez un sujet empoisonné par l'*acide hydro-cyanique*.

1818. Les altérations trouvées dans les organes respiratoires chez les sujets mordus par des animaux enragés sont trop communes et trop importantes pour que nous négligions de les rapporter ici.

Indépendamment de l'altération des autres parties du corps, Trolliet a trouvé, dans six cadavres, le larynx, la trachée et les bronches enflammés surtout dans les dernières ramifications de celles-ci qui étaient de couleur lie de vin ; les canaux respiratoires contenaient des mucosités écumeuses, blanches comme la neige, et sanguinolentes une fois seulement sur quatre ; les poumons étaient gorgés de sang, d'un rouge rouillé, brunâtre, mous, crépitans, mais emphysémateux dans trois cadavres. Le tissu cellulaire du médiastin était seul rempli de gaz. Dans un autre corps, l'emphysème existait également au col et au mésentère.

§ III. De l'hémorrhagie des bronches (1).

1819. Il ne s'agit point ici de toute espèce de crachement de sang, mais seulement de l'apparition du sang dans les crachats par suite d'une exhalation sanguine à la surface de la membrane muqueuse bronchique ou par l'effet de la rupture des vaisseaux sanguins de cette membrane. De ces deux modes d'hémorrhagie des bronches le premier est toujours le plus probable, car le second n'a jamais été constaté isolément de l'ulcération, quoiqu'il ne soit pas impossible.

1820. Un régime succulent, les boissons fermentées, une vie oisive, la cessation d'une hémorrhagie habituelle ou habituellement périodique, notamment du flux hémorrhoïdal ou du flux menstruel, disposent à l'hémorrhagie des bronches; tous les efforts de voix et les exercices violens qui obligent d'accélérer ou suspendre long-temps les mouvemens alternatifs de la respiration, les convulsions des muscles thoraciques et des membres, en un mot tout ce qui rend le sang plus abondant et plus excitant, tout ce qui augmente et accélère l'afflux du sang dans les organes et tout ce qui tend à l'y faire séjourner plus long-temps qu'il n'est nécessaire, dispose à l'hémorrhagie des bronches ou la détermine, surtout chez les sujets dans lesquels le mouvement

(1) *Hémoptysie bronchique. Bronchorrhagie.* — Laennec, *Op. cit.*

circulatoire est très-rapide et énergique, la poitrine étroite et la sensibilité exquise.

1821. Le sujet crache du sang, mais peu abondamment; ce sang est toujours écumeux, excepté vers la fin de l'accès où il est quelquefois coagulé.

La poitrine est parfaitement sonore à la percussion; on y entend à l'aide du cylindre un râle muqueux à bulles inégales plus grosses pour la plupart que celles du mucus dans la bronchite, qui semblent formées par une matière plus liquide que celui-ci, et qui crèvent plus fréquemment. Ces signes seraient de bien peu de valeur si le crachement de sang ne venait faire cesser toute incertitude; le râle qui vient d'être décrit indique seulement la présence de ce liquide dans les bronches.

Si l'hémorrhagie bronchique est peu abondante, le pouls reste ordinairement comme il était avant le crachement de sang, et il n'existe point de symptômes sympathiques. Si l'hémorrhagie est plus intense, le pouls est fréquent et vibrant, mais les phénomènes symphatiques ne sont point aussi marqués que dans les cas où le crachement est excessif, ce qui, selon Laennec, n'a jamais lieu quand ce liquide ne provient que des bronches.

Cette distinction entre la quantité plus ou moins grande du sang expectoré, donnée, par Laennec, comme signe du siége de l'hémorrhagie, soit dans le parenchyme pulmonaire, soit dans les bronches, n'est pas encore parfaitement justifiée par les faits; elle ne doit être admise que sur l'autorité de cet

observateur, qui du reste a négligé d'en démontrer l'exactitude.

1822. On a peine à concevoir qu'une hémorrhagie peu abondante des bronches puisse faire périr un sujet, mais il se peut que celui-ci succombe pendant qu'il éprouve cette hémorrhagie, et quand cela est arrivé la membrane muqueuse a été trouvée teinte de sang dans toute son épaisseur, imprégnée de ce liquide, ordinairement un peu ramollie ; les bronches contenaient du sang liquide ou coagulé, et quelquefois des concrétions fibrineuses ramifiées (*Laennec*).

1823. Il y a des recherches importantes à faire pour constater s'il est vrai que l'hémorrhagie bronchique soit toujours fort peu abondante, et que toute quantité notable de sang rendue par l'expectoration vienne du parenchyme pulmonaire, quand elle n'a pas sa source dans un autre organe.

§ IV. Du spasme des bronches (1).

1824. La réalité du spasme des bronches est loin d'être démontrée, car elle ne repose que sur l'absence des caractères propres à la gêne de la respiration causée par toute lésion qui laisse des traces après la mort. Lorsque dans le cadavre d'une personne qui éprouvait habituellement ou périodique-

(1) *Asthme. Asthme spasmodique. Bronchose.* — Cullen, *Élém. de méd. prat.*, t. 2, traduction de Bosquillon. — Laennec, *Op. cit.* — Georget, *Physiologie du système nerveux.*

ment une oppression marquée, on ne trouve aucune trace de lésion des bronches, du poumon, de la plèvre, du cœur, des gros vaisseaux, du péricarde, on est dans l'usage d'attribuer l'étouffement dont elle se plaignait à la constriction morbide des fibres circulaires et contractiles des ramifications bronchique (1). Mais pour que cette explication reçoive une application tant soit peu plausible, il faut encore que l'on ne trouve aucune altération dans le foie, l'estomac, la rate, la matrice, en un mot, dans aucun des organes qui sympathisent avec le poumon, surtout dans l'état morbide. Il faut encore retrancher du nombre des spasmes, au moins primitifs, des bronches, les cas, peu nombreux, à la vérité, où l'on a trouvé le cerveau altéré, chez des sujets qui avaient éprouvé une gêne notable de la respiration. (*Willis, Georget.*)

1825. Le spasme des bronches s'annonce : 1° par l'absence de toute cause prédisposante ou occasionelle et de tout signe des autres maladies de ces canaux, des autres parties de l'appareil respiratoire ou du centre de l'appareil circulatoire, et enfin de tout obstacle à la respiration ; 2° par un sentiment de gêne dans la respiration, revenant par accès, qui durent une ou plusieurs heures, un ou plusieurs jours, et qui sont séparés par des intervalles réguliers ou inégaux, durant lesquels la respiration est ordinairement assez peu gênée pour que le médecin seul le remarque, le sujet ne s'en plaignant

(1) Reisseissen, *de Fabrica pulmonum ;* Strasbourg, *In-folio.*

point, tandis que, quelquefois, au contraire, elle est parfaitement libre: lorsque les accès durent plusieurs jours, ils offrent des redoublemens chaque soir ou dans la nuit, et le matin une amélioration suivie d'expectoration.

Laennec n'a rencontré ces symptômes sans aucun mélange de signes de bronchite, que chez un très-petit nombre d'asthmatiques; chez un grand nombre, au contraire, ces symptômes étaient accompagnés de signes de bronchite très-peu étendue et très-légère. D'où il résulte que rien n'est plus rare qu'une oppression sans quelque autre signe de lésion des organes de la respiration ou des organes voisins. Si ce n'est point assez pour en conclure que le spasme des bronches est impossible, cela suffit du moins pour que l'on regarde cet état morbide comme encore problématique. Mais qui dit problématique ne dit pas chimérique: j'ai donc dû parler de ce spasme et de beaucoup d'autres, car j'ai pris l'engagement d'indiquer les lacunes de la science autant que celui d'en exposer le domaine réel.

Laennec pense que la médiocrité habituelle de la distension des ramifications bronchiques, peut rendre le tissu pulmonaire assez compact pour que la percussion ne donne qu'un son obscur, sans que d'ailleurs il existe aucun autre signe d'engorgement des poumons.

Ferrus a rencontré au centre du plexus pulmonaire, une ossification assez étendue qui comprimait une partie des nerfs de ce plexus, chez une femme asthmatique.

1826. Andral rapporte qu'un homme qui portait depuis long-temps un vaste ulcère à la jambe gauche, et qui depuis environ six mois éprouvait une toux humide, sans douleur et sans gêne dans la respiration, ressentit tout à coup une extrême difficulté de respirer et vit cesser la suppuration de son ulcère. Il était assis, dans une anxiété inexprimable, la voix haletante, et se plaignant de sentir un poids énorme sur la poitrine; les inspirations étaient courtes, très-rapprochées, convulsives; le pouls médiocrement fréquent, dépressible; toute la poitrine était sonore, et l'on y entendait partout le bruit respiratoire, excepté en arrière et à gauche, dans une étendue de quelques pouces, où le son était moins clair et où la respiration était faible et râlante; point d'autres symptômes. Le lendemain, la gêne de la respiration est telle que le sujet se sent menacé de suffocation; on ouvre la trachée, l'oppression va toujours en augmentant et le malade succombe le soir. A l'ouverture du cadavre on trouva les poumons sains et crépitans, excepté à gauche où il y avait hépatisation de la dixième partie du lobe inférieur; la membrane muqueuse bronchique était rouge par plaques peu étendues.

Bouillaud a observé un cas analogue à celui d'Andral, mais la liberté de la respiration reparut le lendemain, après l'application d'un vésicatoire sur le lieu où existait la dartre dont la disparition avait coïncidé avec l'invasion de l'étouffement.

Les observations de Millar ne sont d'aucune valeur.

Double a vu la toux et la suffocation intermitten tes céder chez un enfant en très-peu de jours. Dans un autre cas, l'enfant succomba après des accès d'étouffement avec toux peu intense ; les poumons furent trouvés sains, affaissés ; la membrane muqueuse de la trachée-artère était sèche.

Guersent a vu deux enfans succomber à une gêne rémittente de la respiration, accompagnée d'une fréquence extrême du pouls, d'anxiété précordiale et de toux sèche ; à l'ouverture des cadavres, on ne trouva aucune trace de lésion dans quelqu'organe que ce fût.

1827. On ne possède donc encore aucune observation certaine de constriction spasmodique réellement primitive des bronches, à moins que l'on ne donne arbitrairement ce nom au sentiment passager d'étouffement que plusieurs personnes éprouvent, par suite de vives émotions de joie ou de tristesse, de colère ou de frayeur, bien qu'on ne sache d'où dépend ce sentiment pénible.

L'observation de mes propres sensations m'a démontré que la gêne qu'on éprouve après avoir longtemps médité ou écrit, provient de ce que, dans le travail de la réflexion, la respiration devient rare et sublime, les mouvemens du thorax se ralentissent, on éprouve un sentiment de fatigue dans les muscles de cette partie, et le besoin de faire de grandes inspirations, pour revenir à l'état normal. Tel était sans doute l'état du jeune médecin dont parle Andral.

1828. Le spasme secondaire des bronches paraît

avoir lieu surtout dans la bronchite convulsive, si commune chez les enfans, et qu'on observe chez quelques femmes, ainsi que dans la bronchite chronique sèche ou humide de quelques vieillards irritables.

1829. Si le spasme ou la constriction morbide des bronches est si peu connu, que pourrait-on dire de leur dilatation active, imaginée dans ces derniers temps ?

§ V. De l'atonie des bronches.

1830. La nécessité où je suis de me conformer au plan que j'ai dû adopter, afin de ne rien omettre et de marquer les lacunes de la science, m'oblige à ne faire qu'indiquer la place où, par la suite, il conviendra de traiter des maladies à peine connues ou seulement possibles, mais admises comme réelles et même comme fréquentes par beaucoup de praticiens. Telle est l'atonie des bronches, à laquelle on attribue si souvent encore les sécrétions muqueuses et surtout séreuses très-abondantes, sans symptômes inflammatoires bien marqués, les hémorrhagies à sang noir, et la cessation de l'expectoration, dans diverses phlegmasies et dans l'œdème du poumon, quoique d'ailleurs cette interruption du crachement soit aussi attribuée, avec plus de fondement, à la faiblesse des muscles de l'appareil respiratoire.

§ VI. Du mucus des bronches dans l'état de maladie.

1831. Le mucus bronchique, obtenu par l'expectoration, ne présente pas moins de variétés que celui des membranes muqueuses nasale, laryngée et trachéale auquel il est toujours mêlé. Ses différentes modifications ont été indiquées à l'occasion de chaque maladie des bronches, et son état après la mort est tout-à-fait analogue à celui du mucus de la partie supérieure du canal respiratoire.

ARTICLE II.

TRAITEMENT DES MALADIES DES BRONCHES.

1832. Les maladies des bronches sont pour l'ordaire moins graves que celles du larynx; le plus souvent elles ne compromettent point la vie des sujets qui en sont peu affectés; mais elles deviennent fort dangereuses, lorsqu'elles sont intenses et étendues, sinon à la totalité, du moins à la presque totalité des ramifications bronchiques; à plus forte raison sont-elles redoutables lorsqu'elles se propagent jusque dans la substance du poumon. Elles constituent une complication toujours fort à craindre, quand elles viennent se joindre aux lésions d'autres organes importans.

1833. Chez quelques sujets, les maladies des bronches résistent à tous les moyens de l'art et finissent par devenir très-graves, soit en se com-

pliquant, soit en augmentant d'intensité ou d'étendue, ou guérissent au moment où, fatigué de n'obtenir aucune solution, on avait cessé tout traitement. Mais, chez le plus grand nombre de personnes affectées de ces maladies, la guérison a lieu le plus souvent sans le secours de l'art, quand elles sont aiguës, et il suffit de quelques mesures de prudence pour les empêcher de passer à l'état chronique.

Traitement de l'inflammation des bronches.

1834. L'inflammation des bronches est très-fréquemment une maladie si légère que les malades s'abstiennent pour l'ordinaire d'appeler un médecin. Cependant cette phlegmasie, si peu importante en elle-même, quand elle est peu intense, est très-fréquemment l'avant-coureur des phlegmasies les plus vives de la trachée-artère, du larynx, du poumon, de la plèvre, de la peau; elle mérite donc d'être étudiée avec attention dès son début, et, pour ma part, je pense avoir plusieurs fois prévenu des maladies graves, en procédant avec méthode contre des bronchites récentes.

1835. Il importe beaucoup de faire cesser la bronchite chronique, non-seulement en raison des souffrances qu'elle occasione et même du danger qu'elle fait courir, mais encore à cause des complications si fâcheuses qui viennent s'y joindre dans la plupart des cas.

1836. Des préjugés fondés sur des théories erronées et sur une interprétation vicieuse des évé-

nemens qui suivent l'administration des moyens thérapeutiques, avaient fait disparaître en grande partie les émissions sanguines du traitement des maladies des bronches; ces préjugés perdent chaque jour de leur force et finiront par s'évanouir devant une observation plus sévère.

1837. Le danger étant moins pressant dans les phlegmasies des bronches que dans celles du larynx et même de la trachée-artère, le traitement exige moins d'activité de la part du médecin, et les maladies qui viennent se joindre à celles des bronches appellent souvent plus vivement son attention, en raison de leur plus grande gravité. Néanmoins on ne doit pas négliger le traitement de la bronchite, surtout quand elle est latente, car alors elle imprime aux maladies un caractère extérieur de faiblesse apparente, qui peut conduire à des erreurs pratiques déplorables.

Traitement de l'inflammation aiguë des bronches.

1838. Beaucoup de personnes prétendent que ce qu'elles appellent un *rhume de poitrine* dure d'autant plus qu'on agit davantage pour en raccourcir la durée; d'autres, non moins nombreuses, recommandent de traiter sérieusement cette maladie, attendu, disent-elles, que rien n'est plus dangereux qu'un *rhume négligé*. La vérité est que chez les sujets doués d'une bonne constitution, lorsque la bronchite est l'effet de circonstances purement accidentelles, cette phlegmasie se termine,

pour l'ordinaire, fort heureusement, sans même qu'ils soient obligés de modifier leur genre de vie. Plusieurs hâtent réellement l'instant de leur guérison par l'usage d'une boisson spiritueuse chaude, prise dans l'intention de se procurer une abondante transpiration, immédiatement à la suite de laquelle, en effet, la guérison de la bronchite a lieu quelquefois; mais bien plus souvent ces imprudens voient succéder immédiatement une pneumonite, une pleurésie aiguë à ce qu'ils appelaient un rhume, et la mort a été plus d'une fois le résultat de cette conduite téméraire, louée par Laennec.

Les médecins se persuaderont-ils enfin que les malades qui les appellent attendent d'eux ou la guérison ou du soulagement, mais qu'ils n'entendent point devenir le sujet d'expériences dangereuses ou de pratiques populaires pour lesquelles ils ne réclameraient point les soins d'un médecin s'il leur prenait fantaisie d'en user?

1839. La bronchite est entretenue, renouvelée, pour ainsi dire, par l'abus des excitans, et le poumon finit par s'enflammer. Voilà ce que Laennec n'a pu voir dans la pratique des hôpitaux civils, et ce que Broussais a bien constaté dans celle des hôpitaux militaires, où les sortans ne sont point perdus de vue pour toujours.

Il est de fait que l'usage des excitans durant le cours de la bronchite, la continuation ou le renouvellement des causes qui l'ont occasionée ou qui sont susceptibles de l'entretenir, et certaines conditions individuelles sont autant de circonstances

favorables, non-seulement au passage de la bronchite aiguë à l'état chronique, mais encore à l'extension du travail inflammatoire jusqu'au poumon et même à la plèvre.

1840. Lorsque la bronchite aiguë n'est encore annoncée que par de la toux, sans expectoration, sans chaleur et sans douleur locales, il suffit de prescrire un régime doux encore plus que sévère, l'abstinence du vin, un vêtement chaud si l'air est froid et surtout humide, le séjour à la chambre, et les moyens propres à maintenir le ventre libre. Si la cessation d'une irritation quelconque parait liée à la production de la bronchite, les rubéfians seront appliqués sur les parties qui en étaient le siége.

1841. Dès que la chaleur se fait sentir derrière le sternum ou dans toute autre partie de la poitrine, des sangsues doivent être appliquées en cet endroit.

J'ai long-temps cru avec tant d'autres médecins qu'un rhume de poitrine ne pouvait être abrégé dans son cours : c'est une erreur.

L'application des sangsues est encore plus impérieusement commandée, si la douleur se joint au sentiment de chaleur.

Les émissions sanguines, locales, font souvent cesser immédiatement la toux et la rendent moins vive et moins prolongée, dans la majorité des cas, surtout si on les provoque à l'instant qui vient d'être indiqué.

Il n'est pas nécessaire que le nombre de sangsues soit considérable ; dix à quinze suffisent pour l'ordinaire.

1842. Pour peu que la chaleur soit forte et que la douleur soit vive, il faut, si le sujet éprouve de l'étouffement, un sentiment d'oppression, en un mot de la gêne dans la respiration, il faut ouvrir une veine du bras, sans avoir égard à la crainte populaire de fixer le rhume sur la poitrine. La saignée est précisément le meilleur moyen d'empêcher cette fixation tant redoutée.

La saignée est-elle contre indiquée par la vieillesse du sujet, par sa faiblesse et la disposition qu'on lui suppose à l'hydropisie du poumon? L'expérience n'a pas encore mis à même de prononcer définitivement sur ce point. Cela dépend surtout de ce que la limite entre la bronchite violente et la pneumonite n'est pas toujours facile à saisir au lit du malade; mais lorsqu'on refléchit au rapport frappant que Laennec n'a pu dissimuler entre l'état œdémateux du poumon et les altérations plus manifestement inflammatoires de ce viscère, on demeure sinon convaincu au moins persuadé que la saignée a été faussement accusée de la mort de plusieurs sujets affectés de bronchite. Ce point de pratique sera probablement toujours un de ceux sur lesquels la controverse ne cessera pas et dans lesquels la prudence est encore préférable à la hardiesse.

Lorsqu'on ouvre la veine, dans la bronchite, il n'est pas nécessaire de tirer beaucoup de sang; il vaut mieux renouveler la saignée, si, après le soulagement qu'on a obtenu, la gêne de la respiration, la douleur ou la chaleur se renouvellent.

Si, après la saignée, la toux persiste, quoique la

douleur, la chaleur et l'oppression aient cessé, il convient de prescrire une application de sangsues, à l'endroit correspondant à la bifurcation des bronches, ou sur le point qui a été douloureux.

1845. Après avoir usé modérément des émissions sanguines, il est raisonnable d'attendre pour voir quel en sera le résultat et de ne point s'obstiner à vouloir enlever l'inflammation par des pertes de sang incessamment renouvelées; cette pratique serait à coup sur impuissante et pourrait devenir dangereuse. La maxime triviale *rien de trop* est applicable à toute la thérapeutique.

Souvent après avoir obtenu une amélioration notable au moyen des sangsues, les accidens reparaissent, redeviennent intenses ou se prolongent plus qu'on ne devait l'espérer en raison de leur première diminution; dans ces divers cas, on doit revenir à l'application des sangsues.

1846. Les ventouses et surtout les ventouses scarifiées sont fort utiles dans le traitement de la bronchite; elles ajoutent à l'action de la saignée et des sangsues; dans les cas où la douleur est peu intense, elles suffisent très-souvent; souvent aussi elles font cesser des douleurs qui avaient résisté à la saignée et aux sangsues.

1847. Quand la toux et la chaleur persistent et lorsque la douleur ou l'oppression reparaissent à diverses reprises, il est bon d'étudier avec soin l'état des organes digestifs, car l'irritation de ces parties fomente, entretient et renouvelle souvent la bronchite, ou du moins maintient la membrane mu-

queuse des bronches dans un état de sur-excitation voisin de la maladie.

1848. Il semble qu'il serait fort avantageux d'imprimer à l'air respiré par les sujets affectés d'inflammation des bronches, des qualités émollientes, adoucissantes, mais malheureusement la vapeur d'eau inspirée avec l'air excite une vive chaleur dans la poitrine, de l'oppression, de la douleur et de la toux.

On est réduit à prescrire l'usage des boissons mucilagineuses édulcorées, tièdes ou chaudes, qui sont incontestablement utiles. Le sujet doit les prendre par cuillerées, et non par verrées ou demi-verrées, afin de pouvoir en user très-souvent, et surtout presqu'à chaque fois que le besoin de la toux se fait sentir, car ces boissons la rendent moins pénible et en éloignent les accès. Elles ont encore l'avantage de prévenir le développement de l'irritation de l'estomac, qu'entre autres causes les secousses de toux tendent à produire.

1849. A défaut d'émolliens directs, il est avantageux d'appliquer au devant de la poitrine des cataplasmes mucilagineux ou farineux, bien chauds, avec toutes les précautions nécessaires pour que, lorsqu'on les renouvelle, le sujet n'éprouve point de refroidissement. Ainsi, après avoir enlevé le topique qui a perdu l'humidité nécessaire à son action, il faut essuyer promptement la poitrine avec un linge chaud, et appliquer aussitôt celui qui doit lui succéder.

1850. Les cataplasmes de graine de lin qui ont

long-temps séjourné dans les boutiques, et ceux qu'on laisse sur la peau, au delà de quelques heures, déterminent de la rougeur, de la démangeaison, et l'apparition de petites vésicules, bientôt remplies d'un liquide blanc et opaque; il arrive parfois que la toux qui avait résisté jusque-là cède enfin, et disparaît assez promptement pour que l'on doive supposer que l'irritation de la peau a été utile. Cette remarque a été mise à profit par Desruelles.

On provoque encore plus efficacement cette rubéfaction vésiculeuse de la peau à l'aide de cataplasmes composés de graine de lin et de graine de moutarde à parties égales.

Cet effet est encore plus énergique lorsque l'on met en usage les topiques stibiés recommandés par Autenrieth; mais il en résulte souvent une douleur très-vive et des ulcères dont la guérison se fait long-temps attendre.

Les vésicatoires, n'agissant jamais sans déterminer une vive douleur et une accélération notable de la circulation, sont nuisibles dans le traitement de la bronchite aiguë; on ne peut les employer impunément que lorsque l'inflammation est déjà très-atténuée par les émissions sanguines et les émolliens, et peu disposée à se renouveler. Dans tous les cas c'est au bras, plutôt qu'au sternum, qu'il convient de les appliquer.

Laennec veut qu'on applique le vésicatoire à la cuisse chez les femmes, à cause, dit-il, de la disposition des règles à se supprimer en pareil cas.

Au total, les irritans de la peau sont utiles dans le traitement de la bronchite aiguë, quand on les emploie au déclin de la maladie; ils en précipitent la résolution, lorsqu'ils provoquent peu de douleur et lorsqu'ils n'accélèrent point le mouvement circulatoire. On n'en fait pas même assez d'usage, et c'est en partie pour cela que la bronchite passe si souvent à l'état chronique.

De tous les rubéfians le bain de vapeur aqueuse momentané est peut-être celui qu'on doit préférer, pourvu qu'on préserve le sujet de l'introduction de cette substance dans les bronches (1).

1851. Laennec préconise l'ipécacuanha et l'émétique à dose vomitive, à dose nauséabonde, ou enfin à dose encore plus faible, surtout afin d'exciter l'expectoration, et de provoquer la moiteur quand l'estomac n'est point enflammé.

Suivant lui, les enfans supportent mieux que les adultes ces médicamens; il prétend qu'on peut les donner tous les deux jours, ou même journellement, pendant une semaine et davantage, principalement quand il s'agit d'empêcher la bronchite de prendre un caractère convulsif.

La vérité est que les vomitifs sont souvent inutiles dans le traitement de la bronchite aiguë; les praticiens qui assurent en avoir retiré de bons effets, ce sont là leurs expressions, n'ont pas assez précisé les cas où ils ont obtenu ces avantages. En

(1) Rapou, *Traité de la méthode fumigatoire*. Paris, 1821; 2 vol. in-8°.

général, quand la bronchite est peu intense, elle guérit ordinairement sans qu'il soit nécessaire de mettre en usage ce moyen violent, et quand elle est fort intense ce moyen peut y ajouter une complication fâcheuse, ou en accroître l'intensité.

1852. Les purgatifs n'offrent point les mêmes inconvéniens; je les ai fort souvent prescrits, ils ont été suivis d'une diminution manifeste dans la toux et les autres symptômes; mais pour l'ordinaire il suffit de maintenir ou de rétablir la liberté du ventre par le choix et la diminution des alimens, par l'usage des boissons rafraîchissantes et des lavemens.

1853. L'opium semble être un moyen précieux pour calmer la toux, symptôme le plus incommode parmi tous ceux de la bronchite; Barthez pensait que dans les maladies de poitrine ce médicament ne doit être administré qu'aux sujets que le sommeil soulage, c'est-à-dire qui se trouvent mieux après avoir dormi. Cette vue ingénieuse, tirée de l'oubli par Desgenettes, est un premier pas dans la recherche des cas où l'opium doit être prescrit pour apaiser la toux. Ce médicament administré au début de l'inflammation des bronches ne jouit d'aucune propriété spécifique qui lui permette de faire cesser directement l'irritation primaire de la membrane muqueuse de ces conduits; administré pendant que l'inflammation est en pleine activité, il ne peut que nuire, soit qu'il fasse affluer fortement le sang vers le cerveau, soit qu'il ralentisse le mouvement circulatoire; donné au déclin de la phlegmasie, lors-

que la toux semble ne plus être due qu'à une sensibilité encore exagérée de la membrane muqueuse bronchique, ou même, si l'on veut, à l'habitude contractée par la partie du système nerveux qui concourt à la respiration, il paraît devoir être souvent utile, rarement nuisible. Cependant, même dans ce dernier cas, l'opium fait rarement cesser la toux assez promptement pour qu'on doive lui attribuer une action véritablement sédative. Le plus ordinairement le sujet dort et ne tousse pas la première et même la seconde nuit; mais la troisième il tousse et ne dort pas, ou bien il dort et il tousse en même temps, sans s'en apercevoir, et le lendemain il est tout à la fois assoupi et accablé de fatigue.

1854. Le régime doit être doux sans être très-sévère, dans le traitement de la bronchite aiguë; des potages, des végétaux, des fruits cuits peuvent être accordés, si les voies digestives, si les organes de la circulation ne sont point irrités. Il ne faut recourir à la diète absolue que lorsque l'inflammation paraît près de s'étendre au poumon.

1855. Le traitement de la bronchite aiguë doit subir quelques modifications selon les formes sous lesquelles elle se manifeste.

Lorsque les crachats sont muqueux, il est naturel d'insister sur les émissions sanguines et sur les boissons émollientes.

Lorsque les crachats sont pituiteux, on est porté à insister davantage sur les stimulans de la peau, même sur ceux qui agissent avec le plus d'énergie ;

les vomitifs paraissent moins à craindre, et l'on a lieu d'espérer que l'on en obtiendra des avantages manifestes ; les purgatifs semblent aussi plus particulièrement indiqués en pareil cas.

Tout cela est plutôt plausible que démontré, mais pourtant le praticien doit y avoir égard.

Il est au contraire avéré que tout moyen qui s'oppose à la sortie des crachats au lieu de prévenir leur formation, tend à augmenter la gêne et le trouble de la respiration. Ainsi lorsque l'opium a suspendu la toux et l'expectoration pendant la nuit, souvent le matin la première est plus forte et la seconde plus abondante, de telle sorte qu'il semble que le sujet soit obligé de tousser et de cracher le jour, autant qu'il aurait dû le faire pendant la nuit. L'emploi de l'opium est encore plus nuisible dans le cas où les crachats sont pituiteux que lorsqu'ils sont muqueux, car du moins, dans ce dernier cas, on est promptement averti de la nécessité d'en cesser l'usage par la douleur et la chaleur, tandis que dans le premier, l'étouffement seul augmentant d'intensité on peut négliger cet avertissement au grand détriment du sujet.

1856. La bronchite convulsive a été le sujet de tant de recherches spéciales, ou du moins de tant de controverses, qu'il convient d'entrer dans quelques détails sur les modifications qu'elle exige dans le traitement.

La saignée n'est indiquée que lorsque cette maladie se manifeste chez un adulte pléthorique, ou

lorsque, chez un enfant, il existe des signes d'afflux violent ou durable, du sang vers l'encéphale.

Les sangsues doivent être appliquées, dès le début, sur le sternum et au cou, afin, sinon de faire cesser tout-à-fait la bronchite, au moins pour la rendre moins vive et moins durable, afin d'empêcher que l'inflammation ne se propage à la trachée-artère, au larynx où au poumon. Si l'on a négligé d'appliquer des sangsues au début, il faut le faire dès qu'on est appelé, quand la maladie n'est pas encore sur son déclin.

Les sangsues doivent être appliquées de nouveau, non plus seulement au cou ou à la poitrine, mais aux tempes ou derrière les oreilles, lorsqu'il se manifeste des signes d'irritation encéphalique. Il est difficile de concevoir que ne tenant point de compte de l'hémorrhagie nasale si fréquente en pareil cas, on ait si souvent négligé de diriger contre le cerveau des moyens propres à en prévenir ou combattre l'inflammation.

L'application des sangsues à l'épigastre est indiquée, quand on observe les signes de l'irritation gastrique, et souvent, peu après qu'elle a eu lieu, les quintes de toux sont plus rares et moins fortes.

Rien n'est plus fréquent, il faut l'avouer, que de voir la bronchite convulsive guérir à la longue, sans que des accidens très-graves se manifestent, quoique l'on n'ait eu recours à aucune émission sanguine; moi-même je me suis souvent abstenu de prescrire aucune soustraction de sang, et nul inconvénient grave n'en est résulté; mais c'était lorsque j'avais

été appelé quand le mal était déjà ancien, et quand les autres symptômes que la toux étaient peu intenses, lorsqu'enfin, dans l'intervalle des accès, il ne restait plus de traces bien apparentes de bronchite, et je sortais de mon inaction dès que l'estomac ou l'encéphale donnait des signes d'irritation.

Les boissons mucilagineuses chaudes et sucrées doivent être administrées, surtout aux approches de la quinte de toux et après elle.

La chaleur de l'air renouvelant les accès, il ne convient pas de prescrire l'inspiration de la vapeur d'eau; il faut également maintenir le sujet dans les appartemens, et lui faire éviter toute occasion susceptible d'exciter la colère.

Les topiques mucilagineux sur la poitrine n'ont guère été employés qu'à titre de rubéfians, pour provoquer une éruption. Mais de cette manière on en a fait souvent usage, ainsi que des cataplasmes sinapisés, des topiques stibiés et des vésicatoires, et plus d'une fois la maladie a paru s'améliorer à dater de leur application.

Aucun moyen peut-être n'a été plus souvent employé que les vomitifs dans le traitement de la bronchite convulsive; comme les sujets qui en sont affectés éprouvent communément du soulagement après avoir vomi des mucosités, on en a conclu qu'il fallait nécessairement les faire vomir. Mais ce moyen n'est avantageux que pour les enfans en très-bas âge et qui ne peuvent expectorer; encore s'il procure un soulagement passager par le dégorgement des voies respiratoires, développe-t-il souvent en

eux une irritation de l'estomac qui contribue à entretenir celle des bronches. Toutes les fois que l'enfant expectore, sans que pour cela il faille que la toux soit très-forte, redoublée et qu'il tombe dans le dernier degré d'agitation, il est inutile de provoquer le vomissement. Lorsqu'on croit devoir recourir à ce moyen, le plus doux est préférable; ce sera par exemple du sirop d'ipécacuanha donné le matin seulement ou le soir, ou tout au plus matin et soir, à petites doses, et non pas tout le long du jour, comme on le fait trop souvent; au reste, de quelque manière qu'on s'y prenne, l'estomac se trouve toujours irrité par le vomitif, et il ne faut jamais insister beaucoup sur l'emploi de ce moyen.

Les quintes de toux sont périodiques dans la bronchite convulsive, encore plus que dans toute autre nuance de l'inflammation des bronches, et pourtant on s'accorde à reconnaître que le quinquina, malgré son efficacité dans beaucoup de maladies dont les phénomènes se groupent d'une manière intermittente, n'est ici d'aucune utilité.

L'opium n'est pas aussi efficace qu'on l'aurait préjugé d'après l'analogie, dans la variété de bronchite dont il s'agit; c'est qu'en effet, malgré la part que les nerfs prennent à cet état morbide, leur lésion est sous la dépendance d'une véritable inflammation de la membrane muqueuse. Dire, ce qui est vrai en général, que l'opium est utile au déclin, n'est-ce pas avouer que l'on a eu tort de ne voir dans cette maladie qu'une névrose, si toutefois il est rationnel de conclure ainsi du traitement au

siége et à la nature des maladies. Et d'ailleurs, ce n'est pas au déclin qu'il faudrait que l'opium fût utile, c'est quand la maladie est parvenue au plus haut degré d'intensité ; or à cette époque il ne peut que nuire.

La belladone, la jusquiame, la douce-amère ont été trop vantées dans le traitement de la maladie qui nous occupe pour qu'il soit permis de ne point en parler ; mais il serait impossible de citer un fait avéré où ces végétaux aient réellement rendu la maladie moins intense et raccourci sa durée. En revanche, j'ai vu plus d'un enfant éprouver une vive irritation de l'estomac, et peu après un redoublement de la bronchite, à la suite de l'administration de ces médicamens.

Le régime doit être, sous le rapport de la quantité d'alimens, encore moins sévère que dans toute autre variété de bronchite aiguë, car, dans les cas les plus heureux, la maladie dure au moins plusieurs semaines, et les intervalles de calme ne permettent pas au sujet de supporter une diète sévère. Il lui suffit de se maintenir à l'usage des végétaux, pris souvent plutôt qu'en grande quantité, s'il paraît en éprouver un véritable besoin, comme lorsqu'il a vomi immédiatement après avoir mangé.

1854. On se demande quelles indications se présentent quand on soupçonne que des couches membraniformes se sont développées à la surface de la membrane muqueuse bronchique. Ce sont absolument les mêmes que dans le cas où la laryngite détermine le même résultat, à cela près que les sang-

sues doivent être appliquées au dessus du sternum sur cet os, ou aux côtés de la poitrine, selon le siége de la douleur.

Des faits me font présumer que, soit dans ce cas, soit dans celui où la bronchite détermine la sécrétion d'une grande quantité de mucosités, qui s'accumulent dans les bronches au lieu d'être expectorées, les vomitifs peuvent être d'un grand secours, après les émissions sanguines.

1855. La bronchite aiguë latente présente de grandes difficultés dans le traitement. Une fois contractée, si elle est simple et accompagnée de gêne de la respiration ou d'accélération du mouvement circulatoire, la saignée et l'application des sangsues, sur le point où le cylindre a révélé l'existence de la phlegmasie, sont indiquées ; les ventouses sont encore d'une grande utilité. Le sujet doit d'ailleurs suivre un régime qui tende à régulariser parfaitement l'action digestive.

La simplicité de la bronchite latente n'est très-souvent qu'apparente ; elle est souvent liée à l'irritation encore plus latente de l'estomac ou du duodénum. En pareil cas, vainement s'obstinerait-on à tirer du sang, si l'on ne prescrivait un régime sévère. Si elle dépend d'une autre lésion fort obscure du poumon, c'est encore au régime qu'il faut avoir recours, et l'on n'est pas encore assez convaincu de la nécessité de diminuer et de bien choisir les alimens dans les cas de ce genre.

Lorsque la bronchite aiguë latente est compliquée avec une inflammation aiguë de l'estomac, des

intestins ou de toute autre partie importante, il faut la traiter avec activité, sans négliger la phlegmasie avec laquelle elle coexiste, car rien ne peut nuire à la solution heureuse de celle-ci autant qu'une respiration défectueuse et un obstacle quelconque à la circulation dans le poumon.

Traitement de l'inflammation périodique des bronches.

1856. Les bronchites intermittentes ont été, jusque dans ces derniers temps, traitées par le quinquina, sans qu'on eût égard à la nature à peine connue et au siége tout-à-fait ignoré de la maladie; cette pratique a été plus souvent efficace et probablement plus rarement nuisible que dans les cas où la même routine présidait au traitement de la gastrite paroxismale. On n'a point encore appliqué le traitement par les émissions sanguines à celui de la bronchite intermittente; l'état de la pratique se réduit donc à l'administration du quinquina dans l'intervalle des accès. On est tenté de croire que ce moyen n'est pas toujours très-puissant, puisque c'est surtout dans les fièvres quartes que l'on observe cette répétition souvent interminable. Or, c'est précisément dans les fièvres quartes, ou pour mieux dire dans les cas où les accès sont séparés par plus d'un jour, ce qui est très-fréquent, tandis que rien n'est plus rare que le type quarte parfait; c'est, disons-nous, dans ces cas surtout qu'on a lieu de supposer qu'il existe une bronchite, sinon intermittente au moins sujette à des redoublemens intermittens.

1857. Si la bronchite intermittente était constatée, dans les accès d'une maladie dont la violence ou les symptômes d'assoupissement ou de convulsion menaceraient prochainement la vie, il faudrait user sans délai du quinquina, et dans un cas de ce genre, où l'estomac ne serait point enflammé, on ne devrait pas hésiter à le prescrire dans le cours même de l'accès.

1858. Si la science du diagnostic et celle du pronostic étaient complètes, on n'aurait plus à s'occuper des possibilités, mais il faut encore les mentionner et y rattacher les conseils dictés par la prudence, dans un livre destiné, sinon par le talent au moins par le vœu de l'auteur, à servir de guide pour la pratique.

Traitement de l'inflammation chronique des bronches.

1859. Il y a peu de cas avérés de guérison d'une bronchite chronique invétérée, et pourtant notre devoir est de tracer des règles de traitement qui conduisent au moins à soulager les malades qu'on ne peut guérir. Ces conseils d'ailleurs sont susceptibles d'une utile application lorsque, la bronchite n'est pas encore fort ancienne, et quand le sujet n'est pas très-âgé. L'inflammation chronique des bronches est d'autant plus difficile à guérir qu'elle reconnaît presque toujours pour origine une bronchite aiguë qui n'a pas été traitée ou qu'elle se développe chez un sujet dans lequel il existait une prédisposition organique à cette maladie.

1860. Trois indications se présentent dans le traitement de la bronchite chronique, selon la prédominance, le caractère ou l'apparition de certains symptômes : rendre la toux supportable, si l'on ne peut la faire cesser; rendre l'expectoration plus rare et moins abondante, sans qu'il en résulte de la gêne dans la respiration; enfin rétablir l'expectoration, quand, la respiration est redevenue gênée immédiatement après sa suppression.

1861. Les émissions sanguines exercent peu d'empire sur la bronchite chronique. La saignée n'est que très-rarement indiquée et seulement par des signes de pléthore accidentelle, ou par l'imminence de la pneumonite. Les sangsues agissent d'autant moins efficacement, qu'obligé d'en réitérer plusieurs fois l'application, en raison de la lenteur du travail inflammatoire, on ne peut guère en employer un grand nombre; cependant il est des cas où l'application de douze à quinze sangsues, faite précisément à l'instant où la bronchite présente au plus haute degré le caractère inflammatoire, détermine une véritable amélioration.

Au reste, les émissions sanguines ne peuvent devenir nuisibles que lorsque le sujet est véritablement disposé par la pâleur des tissus et le peu d'énergie du système artériel à l'œdème du poumon; encore suffit-il dans ce cas de ne provoquer que la sortie d'une quantité modérée de sang, à l'aide d'un petit nombre de sangsues, pour éviter l'infiltration séreuse du poumon.

Il ne faut pas se dissimuler qu'ici l'art est très-

souvent impuissant et peut devenir nuisible, et qu'il est fort difficile de caractériser les cas où l'on doit espérer le premier ou craindre le second de ces résultats.

1861. L'influence du régime sur la bronchite chronique n'est pas toujours la même. Souvent l'usage des alimens doux, des végétaux, du laitage et de l'eau sucrée pour toute boisson, produit un heureux effet, au moins pendant quelque temps. Cette amélioration ne dépasse pas un certain degré de mieux, alors même qu'elle paraît complète, elle est très-rarement durable. Cependant une longue persévérance dans le régime adoucissant et la privation de toute boisson stimulante font quelquefois triompher de la bronchite chronique, et toute maladie de ce genre qui ne s'améliore point sous l'empire du régime résiste encore davantage aux autres moyens.

Plusieurs sujets prétendent que les alimens fades, les boissons aqueuses rendent chez eux l'expectoration plus abondante, plus incommode, plus fréquente, et jettent leur estomac dans un état de délabrement. Ce sont pour la plupart des personnes habituées à faire usage d'une nourriture très-substantielle, très-sapide, et de boissons fermentées; pour céder à leurs goûts, il faut les amener par degrés à supporter le régime adoucissant et non pas les y soumettre brusquement; d'ailleurs elles s'y refusent pour l'ordinaire, tandis qu'en rendant peu à peu leur régime plus sévère on finit par obtenir tout ce que leur état exige.

Ce n'est point là une lâche complaisance : il est certain que les alimens et les boissons fades, succédant tout à coup au régime habituel ou donnés avec trop de persévérance, causent souvent un dégoût invincible ; pourquoi ne ferait-on pas tout ce qui est nécessaire pour éviter d'être obligé de renoncer à un utile moyen de traitement?

1863. Les bains de vapeur sont tout-à-fait indiqués dans le traitement de la bronchite chronique ; mais seulement lorsqu'ils ne déterminent point de gêne dans la respiration, pendant ni après leur action, et quand il n'y a aucune disposition au crachement de sang.

1864. L'application des vésicatoires au sternum et aux bras a été vivement recommandée, et l'on y a souvent recours ; ils sont aussi souvent utiles dans la bronchite chronique qu'ils peuvent être nuisibles dans la bronchite aiguë ; ils font très-souvent cesser en peu de semaines des inflammations chroniques des bronches, à la vérité peu anciennes.

Les ventouses répétées sont fort utiles ; elles ne sont point assez souvent employées.

Le moxa, appliqué sur le sternum ou bien au dessous des clavicules, est si douloureux, et ses bons effets sont si rares, qu'on ne peut le recommander comme méthode générale. Chez les femmes, on doit s'abstenir de l'appliquer à la partie supérieure de la poitrine, car, lorsqu'on ne parvient point à les guérir, elles se plaignent avec raison qu'on leur ait procuré sans utilité une difformité indélébile.

1865. Les substances vomitives, données à dose nauséabonde seulement ou en quantité suffisante pour qu'il y ait vomissement, selon que l'on se propose d'exercer sur l'estomac une irritation légère ou de déterminer la déplétion du poumon par une forte expectoration, et en même temps une vive réaction à la peau, les substances vomitives sont quelquefois employées avec succès dans le traitement de la bronchite chronique; on peut en user d'autant plus impunément qu'on est toujours à temps pour empêcher que l'irritation gastrique qu'elles déterminent ne parvienne jusqu'à un degré dangereux d'intensité.

1866. Les purgatifs répétés n'offrent guère d'inconvénient, quand on n'en abuse pas; ils sont plus souvent employés que les vomitifs, et quelquefois on les prescrit avec un avantage au moins passager.

1867. Les excitans, les toniques de toute espèce ont été d'autant plus préconisés que la bronchite chronique se manifeste quelquefois par des symptômes qui semblent indépendans de toute inflammation. Il est de fait qu'après l'usage des amers, pris à petites doses souvent répétées, l'expectoration devient quelquefois moins abondante; de là les éloges donnés au quinquina. L'utilité, très-restreinte d'ailleurs, des médicamens de ce genre, dans un petit nombre de bronchites chroniques, a été le principal motif sur lequel on s'est appuyé pour soutenir que ces phlegmasies étaient passives, entretenues par la faiblesse, si non même constituées par elle. Mais comme il arrive bien plus souvent

que l'inflammation chronique des bronches s'exaspère et prend le caractère aigu sous l'influence de ces médicamens, une telle théorie ne mérite pas qu'on s'y arrête.

Les amers ne sont guère réellement utiles que lorsqu'on les réunit aux mucilagineux, et dans ce cas leur utilité n'est pas précisément directe, elle consiste uniquement en ce qu'ils empêchent l'estomac de tomber dans cet état d'affadissement, de véritable atonie qui résulte de l'usage prolongé et exclusif des mucilagineux. Telle est la raison pour laquelle l'emploi du lichen d'Islande, par exemple, a été quelquefois suivi de bons effets (1).

1868. Les malades demandent surtout que l'on calme la toux qui les obsède, comme s'il était possible de la faire cesser sans détruire au préalable la lésion dont elle est le symptôme. Les médecins cédant à leur importunité ou par l'espoir peu fondé de faire cesser l'effet d'une cause permanente, administrent l'opium et ses différentes préparations; ces moyens procurent en effet du sommeil, mais on est bientôt obligé d'y renoncer. La toux qui n'a pas eu lieu la nuit, se manifeste durant le jour, l'appétit cesse, le dégoût se fait sentir, la constipation survient; d'ailleurs le sujet finit par ne plus éprouver d'amélioration, à moins que l'on n'augmente progressivement la dose du narcotique, ce qui conduit à provoquer une fâcheuse irritation des voies digestives.

(1) J. B. Regnault, *Essai sur le lichen d'Islande*; Londres, 1802; in-8°.

La toux que les mucilagineux, le régime doux, la diète, les rubéfians ne rendent pas plus rare et plus supportable, ne peut être calmée d'une manière durable et sans inconvénient par aucun autre moyen.

Les narcotiques deviennent d'ailleurs dangereux, quand le sujet, s'affaiblissant de plus en plus, commence à ne plus avoir les forces nécessaires pour l'expectoration.

1869. L'expectoration n'est rendue plus rare et moins abondante que par les moyens employés pour faire cesser l'inflammation des bronches; néanmoins il convient, quand on a mis en usage tous ceux qui sont susceptibles de diminuer celle-ci, d'opposer à cette phlegmasie éminemment sécrétoire une irritation qui provoque une abondante sécrétion dans un autre organe; tel est le motif de l'emploi des purgatifs, des sudorifiques, et en général des évacuans dans le traitement de la bronchite chronique; aussi doit-on avoir recours aux évacuans, surtout quand l'expectoration est fort abondante quoique l'inflammation des bronches paraisse peu intense; et c'est véritablement dans ce cas que les évacuans échouent le moins.

Une autre méthode consiste à mettre en usage des moyens qui, à certaines doses, déterminent la dessication des membranes muqueuses auxquelles on les applique, et des membranes en rapport d'action avec celles-ci, tels sont les sels de plomb et les acerbes. Ces moyens sont quelquefois utiles chez les vieillards peu sensibles et abondans en liquides; tandis que chez les sujets jeunes, très-exitables, sus-

ceptibles d'irritation, les voies digestives s'enflamment, la peau se sèche et les bronches subissent un redoublement d'inflammation; l'expectoration se supprime en effet, mais la respiration devient de plus en plus gênée, et il faut recourir aux émissions sanguines locales qui, dans ce cas, ne réussissent que lorsqu'on est appelé encore à temps.

1870. Lorsque l'expectoration étant diminuée ou abolie, la gêne de la respiration est devenue considérable, il convient d'ajouter des acides aux mucilagineux que l'on prescrivait, de prescrire de légers excitans des voies digestives supérieures, afin de provoquer une légère toux qui sollicite le rétablissement de l'évacuation dont la suppression paraît être nuisible; mais il faut se garder d'employer ces moyens à une dose telle que l'estomac s'en trouve affecté d'un état de phlegmasie; car bien loin que la sécrétion bronchique se rétablît on n'obtiendrait qu'une toux sèche, signe d'un plus haut degré d'inflammation des voies respiratoires.

1871. Lorsque la suffocation paraît sur le point d'avoir lieu, dans le cours de la bronchite, c'est un des cas les plus difficiles de la médecine pratique. Il faut de suite rechercher si la gêne de la respiration dépend : 1° de la vivacité de l'inflammation; 2° de la réplétion des bronches par des mucosités liquides, puriformes, compactes ou disposées en membrane; 3° du spasme des fibres contractiles de ces conduits; il faut examiner si la bronchite était aiguë ou chronique, si de chronique qu'elle était elle a passé à l'état aigu.

Il faut ensuite mettre aussitôt en usage les moyens les plus directs contre l'inflammation, si la vivacité ou l'étendue de celle-ci est la cause de l'étouffement; les vomitifs, si l'on suppose que les bronches contiennent des matières qui les obstruent; les topiques humides, chauds, irritans aux membres inférieurs, et les ventouses scarifiées répétées au dos ou sur les épaules, si le danger paraît provenir du spasme. Quand la respiration est fort gênée, Laennec recommande la poudre récente de belladone ou de stramoine, à la dose d'un demi-grain à un grain, comme un moyen qui fait souvent cesser l'oppression subitement, mais momentanément.

1872. La bronchite chronique, latente, doit être traitée de la même manière que la bronchite manifeste; mais il suffit ordinairement des saignées locales, des ventouses, et surtout du régime pour obtenir tout le bien désirable. Dans les cas de ce genre, le régimeopère des merveilles. Il est remarquable que la bronchite latente chronique soit précisément celle dont on obtient le plus facilement la guérison, lorsqu'on est averti de son existence avant qu'elle soit près de se manifester ouvertement; peut-être cela vient-il de ce qu'à cette époque elle est encore peu intense, alors même qu'elle dure déjà depuis long-temps.

1873. La dilatation des bronches n'offre aucune autre indication que celles de la bronchite. Laennec recommande les amers, les aromatiques, les baumes, les ferrugineux, les végétaux âcres et les acides miné-

raux ; aucun fait ne prouve l'utilité de ces médicamens contre l'altération dont il s'agit.

Ce médecin recommande contre la dilatation des vésicules bronchiques, outre les moyens indiqués contre la bronchite sèche ou sans expectoration, l'emploi des frictions huileuses pour prévenir le retour de l'inflammation, ce qui suppose qu'on en a obtenu la résolution ; l'usage du sous-carbonate de fer, chez les sujets pâles et bouffis; la saignée, quand la gêne de la respiration est excessive par accès ; enfin dans l'intervalle de ceux-ci, les narcotiques ; ce dernier conseil est contraire à toute expérience.

1874. Les complications de la bronchite doivent être attaquées avec énergie et persévérance, car c'en est déjà trop de l'inflammation des bronches, quand elle est intense ou fort ancienne.

1875. L'inflammation des glandes bronchiques et les dégénérescences qui en sont la suite n'étant jamais reconnues pendant la vie, n'entraînent aucune indication spéciale.

Des indications relatives aux corps étrangers introduits dans les bronches, ainsi qu'à la privation d'air, et aux altérations de ce fluide.

1876. Les corps étrangers solides, assez peu volumineux pour pénétrer dans une division bronchique ne sauraient déterminer la mort. Après s'être enquis de leur nature, de leur étendue, de leur forme, si les accidens se calment déjà, il est inutile d'avoir recours à aucun moyen; mais

si l'anxiété du sujet fait des progrès, l'ouverture du conduit aérien est indiquée, ainsi qu'il a déjà été dit au chapitre des maladies du larynx.

Le vomissement peut être provoqué avec avantage, si le corps étranger n'est pas susceptible, en raison de sa dureté et de sa forme, de s'implanter dans les parois des bronches.

L'émétique et mieux encore la titillation de la luette avec une barbe de plume, sont indiqués, si les matières introduites dans les voies respiratoires sont molles, comme les alimens, par exemple.

1877. La présence de la *poussière*, de quelque nature qu'elle soit, dans les bronches, dispose à contracter et provoque parfois l'inflammation de ces conduits; cet effet doit être combattu à l'aide des boissons rafraîchissantes, et non par celui du vin, comme il arrive trop souvent.

1878. La *fumée* introduite dans les voies respiratoires exige également l'usage d'une boisson fraîche et douce, prise le soir à l'instant du coucher et le matin à celui du lever.

1879. Les *matières* exhalées ou sécrétées à la surface de la membrane enflammée des bronches, ou provenant d'une autre partie, mais versées dans ces conduits, réclament une prompte expulsion, à laquelle l'action organique procède par la toux et les efforts d'expectoration. On seconde ceux-ci par les boissons chaudes, mucilagineuses ou excitantes, suivant que l'on suppose qu'il existe de l'irritation, ou qu'on regarde celle-ci comme remplacée par l'atonie. Dans ce dernier cas, plus

souvent présumé que réel, au moins faut-il ne donner les excitans qu'à très-petites doses, afin de ne pas nuire lorsqu'ils ne remplissent pas le but dans lequel on les administre. Au reste, on exerce bien moins d'influence directe qu'on ne le pense généralement, sur l'expulsion des produits inflammatoires et du sang contenus dans les bronches. Quand l'expectoration n'a point lieu par l'énergie de l'action organique, il est fort difficile, même en provoquant le vomissement, de l'obtenir telle qu'on la désirerait.

Peut-être, dans le cas où les bronches contiennent un corps quelconque, étranger ou devenu tel, le larynx étant intact, serait-il bon de titiller les bords de la glotte.

1880. La présence du *sang* dans les bronches exige quelques considérations à part. Quand ce liquide provient de la membrane muqueuse bronchique, il faut bien se garder d'avoir recours au plus léger excitant susceptible de provoquer la toux et l'expectoration; le sujet doit même, comme nous le dirons, modérer autant que possible le mouvement respiratoire. Si le sang contenu dans les bronches provient du poumon, les mêmes précautions sont nécessaires. Si ce liquide y a été versé par une partie voisine, l'expectoration suffit pour l'expulser, à moins qu'il ne soit très-abondant; dans ce dernier cas on doit encore s'en rapporter à l'expectoration, qui malheureusement n'est pas toujours suffisante: tout moyen qui tendrait à provoquer des efforts d'expulsion de la part de l'appareil respiratoire,

serait inutile ou nuirait à l'organe d'où provient l'écoulement sanguin.

1881. L'*eau* qui pénètre dans les bronches, durant la submersion, étant promptement absorbée, ne forme jamais un obstable durable au rétablissement de la respiration; mais par cela seul que cette fonction a été suspendue, il est nécessaire de la ranimer par diverses stimulations. Lorsque la submersion a peu duré, et que le sujet est vigoureux, la respiration n'exige d'autre stimulation pour renaître, que celle qui est exercée par le contact de l'air sur la peau et sur la membrane muqueuse du larynx; l'insolation contribue également au retour de l'action vitale, et plusieurs moyens de l'art ne sont en quelque sorte que l'imitation de celui-là.

Il est vraiment triste pour l'humanité et honteux pour notre siècle, que l'on conserve encore la dangereuse coutume de placer les noyés la tête en bas, afin de leur faire rendre l'eau qu'ils ont avalée; la présence du liquide dans l'estomac n'offre aucun inconvénient, et ce moyen, si cher à la routine, ne peut débarrasser les bronches de l'eau qui s'y est introduite.

Sur le bord même de l'eau dans laquelle il a été submergé, ou non loin de ce lieu, après qu'on l'a transporté sans secousse, le sujet doit être promptement dépouillé de ses vêtemens, essuyé de la tête aux pieds avec des linges chauds, revêtu d'une blouse et d'un bonnet de laine, et couché sur le côté droit, la tête plus élevée que les pieds, dans un lieu chaud et sec; des frictions sèches seront

pratiquées, soit avec de la flanelle chaude, soit avec la main imbibée d'une liqueur spiritueuse ou de vinaigre, en partant de la région précordiale, et agissant surtout le long de la face interne des membres, sur l'épigastre et les hypochondres; on placera des vases remplis d'eau chaude, des briques enveloppées de linge, ou des sachets de cendres chaude aux pieds, sous les aisselles, aux aines, le long de la colonne vertébrale; si les localités le permettent, le bain de vapeur sera prescrit; un bain de sable chauffé par le soleil ou un bain de raisin n'est point à dédaigner, s'il se trouve sous la main; les pieds seront frottés avec des brosses, et les membres massés avec les mains; la membrane muqueuse nasale sera excitée par l'ammoniaque, l'acide sulfureux dégagé d'allumettes en combustion, ou par le vinaigre; les narines et la luette seront titillées avec une barbe de plume; la bouche sera ouverte, et débarrassée des mucosités écumeuses qui la remplissent; de l'air atmosphérique sera ensuite poussé doucement avec un soufflet et à l'aide d'une sonde introduite par une des narines, dans la glotte; aussitôt après cette insufflation on comprimera légèrement l'abdomen et la poitrine, puis on renouvellera l'insufflation, et ainsi de suite. Il est avantageux de se servir, lorsqu'on le peut, de gaz oxigène au lieu d'air atmosphérique.

Quand le sujet n'a pas encore perdu toute sa chaleur, ou lorsqu'il commence à la recouvrer, il convient d'ouvrir une veine du bras, s'il s'agit d'un adulte, ou d'appliquer des sangsues au cou, si c'est un enfant.

A tous ces moyens, il faut joindre l'introduction de quelques cueillerées de vin chaud et sucré dans l'estomac, à l'aide d'une sonde portée à travers une narine, dans l'œsophage.

L'émétique peut être donné, quand le sujet éprouve des nausées.

Il est utile de faire administrer des lavemens drastiques, tels que ceux de jalap.

Si l'on est à proximité d'une machine électrique, il convient de diriger des étincelles sur la région précordiale; on peut aussi implanter des aiguilles obliquement dans la région des hypochondres et le long de la colonne vertébrale, puis les mettre en contact avec un appareil électrique.

Tous ces soins doivent être continués pendant au moins six heures, et même après ce temps le cadavre doit être traité avec précaution et maintenu chaudement, comme s'il y avait encore quelque espoir de rappeller le sujet à la vie.

1882. Les maladies qui sont dues à l'action des *vapeurs mercurielles* ne doivent pas être traitées autrement que celles qui dépendent de toute autre cause; elles n'offrent guère d'autre indication relative à l'appareil circulatoire, que celles de cesser tout rapport avec ces vapeurs, dès que leurs mauvais effets sur l'organisme se font sentir, et de ne plus s'y exposer. On doit de la reconnaissance à Darcet pour les moyens ingénieux qu'il a imaginés afin de donner à ces vapeurs une direction telle que les ouvriers n'en éprouvent plus les atteintes.

Les maladies causées par les vapeurs mercuriel-

les sont fort opiniâtres ; on n'en obtient la guérison qu'à l'aide d'un régime à la fois sévère et nutritif, et par le moyen des excitans de la peau, parmi lesquels les bains stimulans et les bains de vapeur tiennent le premier rang. Il est bon de favoriser doucement toutes les autres sécrétions, avec la précaution cependant de ne point ajouter l'irritation d'un traitement incendiaire à celle qui est déjà produite par le mercure.

1883. Les effets nuisibles de l'*acide arsénieux* en vapeur et ceux des *vapeurs antimoniales* réclament également des médications uniquement en rapport avec l'état des organes affectés.

1884. Ceux que le *plomb* produit se manifestent ou sur les organes digestifs ou sur le système nerveux ; dans le livre précédent, les différentes méthodes de traitement en usage ont été exposées, et leurs avantages respectifs ont été discutés, pour ce qui a rapport aux organes de la digestion. Il sera parlé plus loin des moyens à employer quand le système nerveux s'en trouve atteint. L'appareil respiratoire en souffre peu, et lorsqu'il se manifeste de la gêne dans la respiration, il n'y a pas d'autre moyen efficace que d'abandonner la profession qui met en rapport avec ce métal, ou du moins faut-il recourir à tous les moyens possibles de propreté, et séparer les jours de travail par de fréquens jours consacrés à l'exercice en plein air.

1885. L'irritation de la membrane naso-bronchique par le *chlore* n'exige aucun moyen différent de ceux qui ont été indiqués contre cette irri-

tation en général, et ceux qu'elle réclame quand elle est accompagnée de la formation d'une couche membraniforme, qui, au reste, est peu dangereuse, parce qu'elle séjourne peu dans les voies respiratoires et ne se renouvelle point.

1886. Les effets du gaz *acide nitreux* ont été combattus envain par Desgranges au moyen du lait et de l'orgeat bus en abondance, des fomentations sur l'abdomen, et des sinapismes aux bras. L'ouverture du cadavre d'une personne qui mourut par suite de l'inspiration de ce gaz fait présumer que la saignée est encore plus indiquée dans ce cas que dans celui de submersion.

1887. Le gaz *acide sulfureux* a des résultats trop peu durables pour exiger qu'on ait recours à une méthode de traitement, parce que, pour l'ordinaire, on le respire à une dose trop petite pour qu'elle soit fort nuisible, autrement il faudrait se conduire comme dans le cas de submersion.

1888. Le gaz *protoxide d'azote* n'a jamais été respiré assez long-temps pour que la vie fût compromise, il n'y a donc pas lieu d'indiquer un traitement, qui du reste devrait, comme dans le cas où la respiration est suspendue par l'acide nitreux, être à la fois déplétif pour l'intérieur et excitant pour l'extérieur.

1889. Le gaz *des fosses d'aisances* et le gaz *acide hydrosulfurique* ayant plongé une personne dans l'état de mort apparente, il faut porter aussitôt celle-ci au grand air, frictionner le corps avec l'eau froide et acidulée, provoquer le vomissement au moyen

de l'huile d'olives, placer momentanément sous le nez et avec ménagement un flacon d'où le chlore se dégage, et ouvrir une veine du bras.

1890. Il est aisé de se préserver de l'action du gaz *acide carbonique* en s'abstenant d'entrer dans les lieux qui en contiennent une quantité susceptible de nuire; pour s'assurer de la présence de ce gaz, dans un lieu suspect, il faut porter devant soi, au bout d'un bâton, un flambeau allumé; si la lumière s'éteint ou pâlit, il y a certainement du danger; il n'est pas même toujours sûr pour certaines personnes de pénétrer dans un endroit où le gaz acide carbonique existe en quantité insuffisante pour que la flamme s'en trouve modifiée. J'ai eu occasion d'ouvrir le cadavre d'une femme qui était morte subitement pour avoir simplementt respiré la vapeur du charbon bien enflammé d'un réchaud placé au milieu d'une chambre vaste, dont la porte et les deux grandes fenêtres, en opposition l'une à l'autre, étaient largement ouvertes.

Quand la *vapeur du charbon* ou le gaz acide carbonique a jeté un sujet dans l'état de mort apparente, il faut le porter aussitôt à l'air libre, le mettre nu, l'arroser d'eau froide et acidulée, quelleque soit la saison, se garder de le placer dans un lit chaud, lui faire avaler ou du moins introduire dans l'œsophage de l'eau froide, à laquelle on ajoute un quart en poids de vinaigre; enfin ouvrir la veine jugulaire, s'il se peut, autrement une veine du bras, lorsque le sujet est assoupi, la face rouge, les yeux saillans, les lèvres gouflées.

1891. Les accidens qui résultent de la respiration prolongée d'un *air non renouvelé*, exigent d'abord que le sujet soit mis en plein air, que son visage et ses mains soient lavés à l'eau froide, et qu'il lui soit donné pour boisson de l'eau froide acidulée; la saignée est indiquée dans la plupart des cas; on satisfait ensuite aux indications qui résultent de l'état ultérieur des autres organes que ceux de la respiration.

1892. Lorsque l'*air* est *altéré* par suite de l'*encombrement* des malades, le salut de ceux-ci et des personnes qui les fréquentent exige impérieusement qu'on les répartisse dans plusieurs bâtimens, qu'on les éloigne l'un de l'autre, qu'on les lave avec l'eau et le vinaigre chauds ou l'eau légèrement chlorurée, que l'on dégage du chlore dans chaque salle, et que l'on expose à l'action de ce gaz leur linge de corps et de lit, auquel il est nécessaire d'en substituer d'autre bien lavé et bien sec, puis aussi souvent renouvelé que la propreté l'exige. Toutes les matières excrémentitielles, les crachats, le sang rendu par les orifices des membranes muqueuses, les matières fécales, l'urine, les pièces de pansement, doivent être éloignés à l'instant, non-seulement de chaque malade, mais encore de la salle, et même portés hors des bâtimens, car il y a de l'inconvénient, soit à accumuler les uns dans un lieu quelconque de l'hôpital ou de l'infirmerie, soit à précipiter les autres dans les privés. Ici on peut user avec avantage des fosses inodores, quoiqu'elles ne méritent pas absolument ce nom.

Une preuve qu'il importe beaucoup de changer en bien toutes les conditions relatives à l'air, au logement, au vêtement, au coucher, dans le cas dont il s'agit, c'est que des malades qui paraissaient sur le point d'expirer dans un hôpital encombré, ayant, malgré leur excessive faiblesse, été placés sur des charriots et conduits dans un établissement plus salubre, fort éloigné, se sont plusieurs fois rétabli parfaitement pendant la route et se sont trouvés guéris en arrivant à leur destination; à la vérité, la fatigue du voyage était parfois compensée par la cessation de traitemens peu convenables.

Les médecins et les personnes que leur état oblige à toucher les malades doivent le faire sans aucune appréhension, car que peuvent-ils recevoir par la peau qu'ils ne reçoivent au centuple par le poumon?

Aussi le médecin le plus dévoué à l'humanité doit éviter de respirer directement la vapeur chaude, ordinairement odorante et souvent visible, qui s'élève à l'instant où il découvre ses malades, pour palper l'abdomen et observer les mouvemens du thorax : de même que le chirurgien doit éviter d'aspirer de trop près celle qui s'élève d'une plaie en suppuration, au moment où l'on enlève l'appareil. Ceci n'est pas dit pour inspirer de la timidité au praticien, mais pour lui apprendre à économiser sa santé et sa vie, afin qu'il soit prêt à en faire le sacrifice lorsque le devoir l'ordonnera.

Il faut espérer qu'on ne reverra jamais le lugubre et ridicule spectacle de médecins affublés,

masqués, gantés de taffetas gommé et portant au-devant d'eux un appareil fumigatoire.

Les soins d'une propreté parfaite, un exercice modéré, la sobriété, une louable fermeté qui exclue toute crainte personnelle exagérée, mais non la pitié que doivent inspirer les victimes de l'épidémie, un courage tranquille qui fait marcher sans fanfaronade et sans peur au-devant du danger, par le sentiment éclairé d'un devoir d'autant plus honorable qu'il est plus périlleux : tels sont les seuls préservatifs auxquels le médecin habile et éclairé doive avoir recours. En un mot qu'il prenne pour modèle Desgenettes et Larrey, Devèze et Chervin.

La modification que le poumon subit par l'action des émanations qui s'élevent des corps des malades n'est pas connue, on ne peut donc y rattacher aucune indication directe et spéciale. On a supposé qu'elle était analogue à celle qui a lieu dans la mort apparente par respiration d'un gaz impropre à entretenir l'action pulmonaire; c'est sous le rapport du sang que cette opinion doit être examinée; il en sera fait mention au chapitre où ce liquide sera considéré dans l'état de maladie.

L'irritation et l'inflammation des bronches, dues à l'action des émanations dont il vient d'être parlé, exige que le chlore ne soit point dégagé dans les salles où des malades en sont affectés, car il pourrait en résulter un surcroît d'irritation pour les voies respiratoires. Il faut d'ailleurs avoir recours aux moyens indiqués contre la bronchite, et passer

promptement de l'emploi des émissions sanguines à celui des révulsifs sur la peau, autant d'ailleurs que le permet l'état des autres viscères.

1893. Les maladies qui proviennent de l'action des *émanations* dégagées par les matières *animales putréfiées* ont été considérées, ainsi que les précédentes, comme devant être traitées par le moyen des toniques et des excitans les plus énergiques. La vérité est que l'on obtient leur guérison moins promptement, moins souvent peut-être, par la méthode antiphlogistique et révulsive que lorsqu'elles sont dues à toute autre cause d'irritation, mais si on les traite par les excitans et les toniques les succès ne sont pas plus prompts et ils sont encore moins nombreux. Dans ces maladies, comme dans toutes les autres, on peut, par la vive excitation d'un autre organe que celui qui est primitivement lésé, provoquer une stimulation énergique, une sécrétion abondante, quelquefois suivies d'une amélioration notable et même de la guérison, mais cette méthode n'est pas rationnelle parce qu'elle est susceptible de nuire.

Au reste, c'est surtout l'extérieur qu'il faut exciter en pareil cas; on le fait ordinairement sans inconvénient, parfois avec avantage; cette pratique est légitimée par les rapports intimes d'action qui existent entre la peau et le poumon.

Les excitans, les toniques internes, ne doivent être administrés que lorsqu'il n'existe pas encore, ou lorsqu'il n'existe plus d'inflammation des voies digestives, et lorsque les voies respiratoires ne sont

point enflammées. Si l'on a le bonheur de les placer à l'instant opportun, le sujet peut en éprouver de bons effets.

1894. Lorsque les *émanations* des matières *végétales putréfiées* donnent lieu à des maladies continues, celles-ci doivent être traitées en raison de leur siège et du mode de lésion que subissent les organes affectés.

Si les maladies qu'elles déterminent sont intermittentes, il faut profiter des intervalles qui séparent les accès pour administrer les amers, le quinquina, le sulfate de quinine, de manière à en prévenir le retour, et cela surtout si, dans les accès, le sujet présente les caractères d'un danger imminent. Ces caractères sont : la prédominance, la longue durée, la violence du frisson, de la chaleur, de la sueur ou de tout autre symptôme notable, une douleur excessive, l'altération profonde des traits, l'extrême prostration des forces musculaires, l'assoupissement, la perte répétée ou prolongée de connaissance, les mouvemens convulsifs, l'accroissement considérable des symptômes, enfin la faiblesse extrême du pouls pendant les accès ou durant l'intervalle qui les sépare (1).

Toutes ces circonstances sont autant de motifs pour recourir promptement aux préparations de quinquina, parce que celles-ci sont plus puissantes que les autres amers, moins dangereuses et mieux connues

(1) *Fièvres intermittentes pernicieuses.* — Torti, Alibert, Bailly. *Op. cit.*

que les autres substances qui, comme l'arsenic, par exemple, jouissent de la propriété de faire cesser les accès de maladies intermittentes.

La durée de plus en plus prolongée des accès, qui tendent à se toucher, à se confondre, l'irrégularité des intervalles qui séparent les accès, le malaise ressenti dans ces intervalles, et à plus forte raison le sédiment briqueté de l'urine, ne sont pas des motifs aussi puissans que les précédens pour se hâter de donner le quinquina ou ses préparations.

Le traitement prophylactique que l'on fait suivre, dans l'intervalle des accès, ne doit pas empêcher de se conduire durant ceux-ci comme s'il s'agissait d'une maladie continue. C'est là tout le secret de la guérison, non-seulement prompte, mais parfaitement solide et sans aucune suite fâcheuse, des maladies périodiques.

Il faut, comme il est aisé de le deviner, enlever aussitôt le sujet du milieu de l'atmosphère chargé d'émanations nuisibles, toutes les fois qu'on peut le faire.

Lorsque la maladie intermittente est devenue tant soit peu ancienne, elle est entretenue par la continuation ou le retour fréquent de sa cause ou par un état organique chronique, et l'on voit aisément que dans le premier cas c'est la cause qu'il faut écarter, tandis que dans le second c'est la lésion primitive qui doit être attaquée. Cependant, on parvient assez souvent à faire cesser momentanément les accès par le quinquina, quoique la ma-

ladie chronique continue, persiste, et l'on doit tenter d'obtenir au moins ce résultat, autant qu'on le peut sans danger.

Placer ici des considérations sur les maladies intermittentes, ce n'est pas prétendre qu'elles ne puissent dépendre que de l'action des émanations végétales en putréfaction, c'est seulement rattacher les règles générales du traitement de ces maladies à la cause qui les détermine le plus ordinairement.

1895. Les *poisons* qui, en passant sur la glotte irritent, enflamment, corrodent cette partie, ou de toute autre manière, étendent leur action jusque sur les bronches et dans le poumon, exigent l'emploi des moyens indiqués contre la bronchite, lorsque l'on a le temps de faire attention à une inflammation de si peu d'importance, à côté de celle des voies digestives. Mais la saignée est indiquée, quand on a lieu de craindre que le poumon ne s'enflamme et qu'il n'en résulte la complication de deux redoutables phlegmasies.

1896. L'inflammation des bronches ainsi que celle de la trachée-artère et du larynx, dont on a trouvé les traces dans les cadavres des personnes *mordues* par un animal *enragé*, exigent l'emploi de la saignée encore plus que celui des sangsues, en raison de l'irritation, de la titillation et du refroidissement de la peau que l'application de celles-ci détermine.

Traitement de l'hémorrhagie des bronches.

1897. Quelleque soit la cause de l'hémorrhagie des bronches, il faut sur le champ ouvrir une veine du bras, à moins que le sujet ne soit dans un état qui exclue positivement toute émission sanguine. Je dis positivement, parce qu'une légère contr'indication ne doit point détourner de saigner en pareil cas.

La saignée doit être copieuse; il faut la renouveler, si, en même-temps que le crachement de sang persiste, ce liquide continue à être d'un rouge vermeil et écumeux; on cesse d'y avoir recours, lorsque le sang expectoré est coagulé et tire sur le brunâtre.

Il convient ensuite d'appliquer des sangsues, des ventouses scarifiées ou sèches, vers les organes où existait un flux sanguin, une irritation, un écoulement qui a été supprimé, qui a cessé subitement ou qui s'est tari. Les sangsues doivent être appliquées à la vulve chez les femmes mariées, aux régions inguinales ou aux jambes chez les jeunes filles. On prescrit, en outre, des lavemens laxatifs, des bains de pieds chauds, irritans, et des sinapismes aux jambes.

L'air doit être souvent renouvelé et maintenu, autant que faire se peut, dans un état de fraîcheur; le silence doit être absolu et le repos aussi complet que possible; pour toute boisson, il faut se borner à l'eau sucrée, à la solution de gomme, à

la décoction de guimauve ou de riz édulcorées, données tièdes ou fraîches, selon le désir du sujet et le calme ou l'accélération du mouvement circulatoire.

1898. Les acides étendus tels que l'acétique, le sulfurique, et les acerbes tels que l'alun, l'écorce de grenadier, la racine de ratanhia, ont été recommandés comme très-efficaces; on leur a souvent attribué la cessation d'hémorrhagies bronchiques qui auraient cessé lors-même qu'on n'aurait pas eu recours à ces médicamens. Ces moyens, dit avec raison Laennec, sont plus nuisibles qu'utiles au début du crachement de sang. Cependant ce médecin croit qu'on peut les employer avec avantage, le safran de mars astringent surtout, quand le crachement est ancien, lié à un état d'atonie, et quand le sang est peu coloré et peu concrescible. Il veut qu'on les donne à très-hautes doses, l'alun, par exemple, à la dose d'un à quatre gros dans une livre de décoction mucilagineuse sucrée. Malheureusement toute hémorrhagie des bronches qui passe à l'état chronique est nécessairement liée, primitivement ou secondairement, à une altération qu'on ne peut attaquer avec méthode, car elle est peu connue, ni avec succès, car l'expérience manque dans cette partie de l'art.

1899. Après la cessation de cette hémorrhagie, il est utile de purger, à l'exemple de Sydenham.

1900. L'hémorrhagie bronchique est encore très-peu connue, il importerait pourtant beaucoup que l'on sût parfaitement la distinguer de celle qui pro-

vient de l'infiltration sanguine du poumon et dont il sera parlé plus loin.

Traitement du spasme des bronches.

1901. Cet état plutôt présumé que connu ne peut être traité qu'à tâtons; ainsi lorsqu'on le soupçonne on recommande la respiration de l'air frais, les bains chauds de bras ou de pieds, les sinapismes sur les membres inférieurs; pendant les accès d'étouffement et durant les intervalles, on a recours aux moyens indiqués contre la bronchite chronique qui est ordinairement la source de cet état, et l'on fait usage de quelques amers, du quinquina ou des ferrugineux, à petites doses.

Traitement de l'atonie des bronches.

1902. Lorsque toutes les phlegmasies chroniques des bronches passaient pour être dues ou liées à l'atonie de ces conduits, cette dernière passait pour être très-commune, et l'on en déduisait la nécessité de prescrire avec activité les amers, les excitans, pour faire cesser l'expectoration, la toux et la gêne de la respiraıion. Aujourd'hui que la nature inflammatoire de la bronchite chronique n'est plus contestée et que l'atonie reste à démontrer, on n'a plus recours à ces moyens, surtout quand il existe des signes d'une irritation manifeste, pour peu que celle-ci se rapproche de l'état inflammatoire; ou si l'on fait usage de ces moyens,

dans les cas où l'accélération du mouvement circulatoire ne les contr'indique point, ce n'est qu'à titre de dérivatifs. On est réellement fort embarrassé dans ces expectorations muqueuses ou pituiteuses, parfois si abondantes, sans beaucoup d'autres phénomènes inflammatoires, et sur lesquelles les émissions sanguines n'exercent point d'empire ; en pareil cas, les amers et même les excitans administrés à petites doses et avec prudence paraissent quelque fois utiles, mais il ne faut pas oublier que lorsque les voies digestives sont irritées ces mêmes moyens peuvent développer de graves accidens.

1903. Le praticien est sans cesse placé entre la crainte de nuire et celle d'être inutile, alors qu'il devrait servir : il doit par conséquent bien reconnaître ces deux écueils, et marcher ensuite avec prudence, entre l'un et l'autre, sans la profonde et aveugle confiance de l'empirique, sans l'hésitation tâtonnière du théoricien.

Des indications relatives au mucus bronchique dans l'état de maladie.

1904. Épais, visqueux et opaque, ténu, filant et transparent, trop abondant, salé, douceâtre, fétide, selon les cas, le mucus des bronches ne peut être modifié que par les changemens que l'on provoque dans l'état de la membrane qui le secrète. Quoiqu'en ait dit Laennec, l'expérience n'a pas encore prouvé que certaines substances telles que le savon amygdalin, les carbonates de

soude, de potasse ou d'ammoniaque, la gomme ammoniaque, puissent liquéfier ce mucus, le rendre coulant, et en favoriser par là le rejet ou l'absorption.

1905. Cet effet paraît plus susceptible d'être produit par les bains alcalins ou sulfureux très-chauds, car en maintenant la peau dans une activité modérée, on soulage d'autant la membrane muqueuse bronchique.

1906. Les vomitifs sont parfois de fort bons moyens pour déterminer l'expulsion du mucus de cette membrane; mais ils ne produisent pas toujours l'effet désiré, tandis que l'irritation des voies digestives ne manque jamais de suivre l'emploi de ce moyen.

Au reste, c'est véritablement dans les maladies des bronches les plus volumineuses que le vomitif peut être donné impunément; tandis qu'il est d'autant plus dangereux que l'état morbide affecte les ramifications bronchiques les plus déliées.

1907. Lorsqu'on saura tout ce qu'on ignore aujourd'hui, relativement à l'état des humeurs dans les maladies, peut-être pourra-t-on en déduire des indications; jusque-là, le plus sage est de s'en tenir aux organes.

CHAPITRE VI.

DES MALADIES DU POUMON (1).

1908. Lorsqu'il sera démontré qu'il n'existe point de tissu cellulaire inter-vésiculaire dans le poumon, lorsque l'on aura définitivement assigné le siége spécial des différentes altérations de texture que ce viscère peut subir, il n'y aura plus d'autres maladies du poumon que celles des bronches, des vaisseaux et des nerfs pulmonaires; mais encore sera-t-on autorisé à dire que toutes les maladies du poumon ne sont pas des maladies des bronches : à plus forte raison peut-on le dire dans l'état actuel de la science. Cette distinction, à la vérité, n'est pas toujours facile à faire sur le cadavre, et elle est quelquefois impossible au lit des malades, mais elle est tellement consacrée qu'on ne peut encore se dispenser de la respecter.

1909. C'est par la membrane muqueuse bronchique, par ses vaisseaux et par ses nerfs que le poumon ressent l'influence des modificateurs externes, du cœur et du sang, du cerveau, de la moelle épi-

(1) Haller, *De morbis pulmonum*. Goettingue, 1749. — Coste, *Traité des maladies des poumons*. Paris, 1765. — Auenbrugger, *Inventum novum ex percussione pectoris morbos detegendi*. Vienne, 1761; in-8°. *Trad. et com.* par Corvisart; Paris, 1808, in-8°. — Bayle, Broussais, Laennec, Andral, *Op. cit.*

nière et du grand sympathique, de la peau, des voies digestives et de tout le reste du corps.

1910. Toutes les causes des maladies des bronches peuvent étendre leur action jusqu'au poumon; elles peuvent aussi, quoiqu'elles le fassent rarement, agir sur le poumon sans que les bronches s'en trouvent lésées.

1911. La gravité constante des maladies du poumon et leur mortalité si fréquente sont de puissans motifs pour qu'on les étudie avec la plus grande attention; la rareté des cas où l'on en obtient la guérison complète, et la facilité avec laquelle on peut nuire dans le traitement de ces maladies, doivent appeler sur elles toute la sollicitude de l'homme de l'art, véritablement pénétré de l'importance de sa profession. Il faut espérer que l'on découvrira par la suite des moyens plus efficaces que ceux que nous possédons pour le traitement des maladies du poumon; on les trouvera probablement dans certaines modifications imprimées aux agens qui exercent l'impression la plus immédiate sur ce viscère.

ARTICLE PREMIER.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DU POUMON.

1912. La distinction établie entre les maladies du poumon et celles de la plèvre est une des plus belles conquêtes de l'anatomie pathologique; elle a été rendue applicable à l'observation clinique par les travaux d'Auenbrugger, de Corvisart, de Bayle,

de Broussais et de Laennec. Néanmoins il ne faut jamais oublier que la réunion de tous les sens du médecin suffit à peine à la recherche de la nature et du siége des maladies, et qu'on ne saurait se borner à certains moyens d'exploration, ni même en négliger un seul, sans s'exposer à commettre de graves erreurs.

§ I. De l'inflammation du poumon (1).

1913. Le poumon s'enflamme chez certains sujets sous l'influence des mêmes causes qui déterminent chez d'autres l'inflammation des bronches, de la trachée-artère ou du larynx. Il serait inutile de répéter ici l'énumération de ces causes, mais il est bon de les passer en revue, sous le rapport de leur puissance, relativement à la production de la phlegmasie du poumon.

1914. Les causes qui produisent plus particulièrement la bronchite sont aussi celles qui occasionent le plus fréquemment l'inflammation du poumon, lorsque par suite de ces causes ou de toute autre, ce viscère se livre immodérément à l'action qui lui est propre. Ainsi le refroidissement de la peau par le contact de l'air ou d'un corps froid, ou par l'usage des boissons froides, lorsque la transpiration est en pleine activité, et l'accélération

(1) *Péripneumonie. Pneumonie. Pneumonite.* — Boerhaave, *Aph.* — F. Hoffmann, *de Febribus pneumonicis*, Halle. — Broussais, Laennec, Andral, *Op. cit.*

prolongée ou la suspension momentanée mais répétée des mouvemens respiratoires, dans les éclats de voix et les efforts des membres, sont les causes dont la réunion donne le plus ordinairement lieu à la pneumonite.

1915. Pourquoi certaines personnes contractent-elles cette inflammation plutôt que toute autre? Dans les sciences il ne faut jamais demander le motif des choses; on est trop heureux de pouvoir assigner quelquefois les conditions de leur développement. Or, la pneumonite se manifeste plus particulièrement: 1° chez les sujets dont la peau est très-colorée, la poitrine vaste, le pouls et les mouvemens vifs; 2° chez les sujets dont la peau est blafarde, la poitrine étroite, ou large en apparence par l'abondance du tissu cellulaire, chez lesquels la respiration est brève et peu étendue, le pouls embarassé, rare ou petit.

Cette fréquence de l'inflammation du même organe chez des sujets de constitutions si différentes est fort remarquable.

La pneumonite est encore très-commune chez les sujets enclins à la colère; chez ceux qui ont éprouvé de fréquentes hémorrhagies, qui en éprouvent encore, ou qui ont contracté depuis long-temps l'habitude des saignées de précaution; enfin chez les personnes qui ont déjà éprouvé des inflammations du poumon, surtout lorsqu'elles en conservent des traces, et c'est là même la circonstance qui prédispose le plus aux maladies de ce viscère.

Cette phlegmasie est plus commune dans l'adoles-

cence qu'à toutes les autres époques de la vie, et plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

1916. Elle règne principalement lorsque l'air est sec, vif, froid ou chaud, très-agité ; ces conditions de l'atmosphère produisent ou aggravent d'autant plus l'inflammation du poumon qu'elles ont été précédées par des conditions opposées très-prolongées, ou qu'elles alternent plus brusquement avec elles. Jamais cette inflammation ne se manifeste avec plus de violence, et dans un état de plus grande simplicité, que lorsque l'air est très-froid.

1917. Aussi l'hiver est-il la saison où le poumon est le plus souvent enflammé, et les pays du Nord, ainsi que les sites fort élevés, sont les localités où les phlegmasies de cet organe sont le plus communes. L'excessive chaleur, avec sécheresse considérable de l'air, n'est guère moins favorable à leur développement, lorsqu'on néglige de se préserver du rafraîchissement de la peau.

1918. Les contusions et les plaies pénétrantes de la poitrine sont de puissantes causes d'inflammation pour le poumon, mais elles sont communes à la plèvre, ou plutôt celle-ci en est primitivement lésée.

1. De l'inflammation aiguë du poumon.

1919. La bronchite précède très-souvent l'inflammation aiguë du poumon; dans ce cas, si la première est chronique, la seconde en est d'autant plus dangereuse.

1920. Soit au milieu d'une bonne santé, soit

dans le cours d'une bronchite, d'un crachement de sang, d'une gastrite ou de toute autre maladie, soit après quelques jours de chaleur à la peau, d'un sentiment de pesanteur et de gêne dans tout le corps et d'accélération de la circulation, sans que l'on puisse assigner la source de ces symptômes, le sujet éprouve, ordinairement tout à coup, un frisson violent, puis une douleur dans la poitrine, de la gêne dans la respiration, de la toux; il expectore des crachats visqueux et sanguinolens, il se manifeste de l'accélération dans la circulation, de la chaleur à la peau; ou bien si ces symptômes existaient déjà, ils augmentent subitement d'intensité et prennent les caractères relatifs à la pneumonite.

La douleur précède quelquefois le frisson; la toux et l'oppression précèdent parfois tous les autres symptômes; le frisson peut manquer tout à fait.

Quand la pneumonite succède à la bronchite, il survient une douleur de côté et la gêne de la respiration s'accroît tout à coup, ou bien les symptômes de la bronchite augmentent d'intensité par degrés.

La douleur est ordinairement ressentie d'un seul ou de deux côtés, au niveau des mamelles, au dessous des clavicules, au bas des côtes, dans les hypochondres, ou enfin dans tout un côté de la poitrine; elle précède quelquefois tous les autres symptômes: la toux, les mouvemens d'inspiration, les changemens de position, la pression exercée sur les côtes, la percussion, le coucher sur le côté où

elle se fait sentir, l'exaspèrent. On a voulu assigner des caractères particuliers à la douleur qui accompagne la pneumonite, elle n'en offre, selon Andral, aucun qui lui appartienne en propre, car elle n'a jamais lieu dans la pneumonite sans qu'il y ait pleurésie en même temps; mais, selon Laennec, cette douleur, obtuse et profonde, ordinairement peu forte et largement étendue, est quelquefois fixe, dans un seul point, sans qu'il y ait une complication pleurétique.

La gêne de la respiration se fait sentir dans le repos comme dans le mouvement; il semble qu'un poids soit posé sur la poitrine du sujet; étranger à tout autre sentiment que le besoin d'air qu'il éprouve, il ne s'occupe qu'à chercher ou demander les moyens de respirer librement; haletant, essoufflé, il peut à peine parler, les mouvemens respiratoires sont courts et fréquens, les ailes du nez s'abaissent et s'élèvent vivement, la face est altérée, d'un rouge violacé ou d'une pâleur livide.

Le cylindre appliqué à la poitrine fait entendre le *râle crépitant*, bruit semblable, tantôt à celui du sel jeté sur des charbons ardens, tantôt à celui du froissement d'un morceau de parchemin; il est d'abord à bulles très-petites, très-égales, puis il se rapproche du râle humide. Le *bruit normal de la respiration* (1) est devenu *moins net* que de coutume; le râle crépitant finit par le masquer entiè-

(1) *Souffle inspiratoire*, *bruit d'expansion pulmonaire*, ou *respiration vésiculaire*.

rement; puis ce râle lui-même cesse, et l'on n'entend plus le bruit respiratoire. Mais alors ce bruit est très-fort (1), dans le poumon qui n'est point enflammé.

Si l'on percute le thorax, surtout avec l'intermédiaire d'une plaque mince et solide, il rend un son obscur, de plus en plus mat, à compter du deuxième ou troisième jour.

La toux est ordinairement forte et fréquente, d'abord sèche, puis suivie d'expectoration.

Les crachats sont transparens, d'abord purement muqueux et sanguinolens, rouges, rouillés, safranés, orangés, fauves, jaunâtres ou d'un vert sombre, réunis en une masse gélatiniforme, coulans, puis visqueux au point d'adhérer fortement au vase qui les renferme, de telle sorte que lorsqu'on renverse celui-ci ils restent collés à ses parois. Des bulles d'air, inégales en volume, quelquefois très-amples, sont renfermées dans cette masse.

Le plus ordinairement, le sujet se tient couché sur le dos, rarement sur le côté malade.

Le pouls est ordinairement fréquent et large; il devient souvent très-petit, au plus haut degré de l'inflammation.

La face est rouge aussitôt que la réaction est très-vive; elle est livide quand la gêne de la respiration est excessive.

La langue est blanche, la soif peu vive; il n'y a point d'appétit.

Le délire se manifeste souvent, soit dans le re-

(1) *Respiration puérile.*

redoublement du soir, soit d'une manière continue.

La peau est chaude, souvent sèche, mais sans âcreté.

L'urine est peu abondante et d'un rouge foncé; les matières fécales cessent ordinairement d'être évacuées.

Le sang tiré des veines se coagule promptement, et se couvre d'une couche fibrineuse épaisse.

1921. Tel est le tableau des phénomènes de l'inflammation aiguë et manifeste du poumon; mais cette phlegmasie, alors même qu'elle est aussi intense, n'est pas toujours aussi clairement dessinée.

Dans certains cas :

La douleur ne se fait point sentir; à peine le sujet se plaint-il d'un sentiment vague de pesanteur dans la poitrine ;

La gêne de la respiration est peu intense, peu sensible; le sujet ne s'en plaint point; il s'étonne même quelquefois qu'on lui suppose de l'empêchement dans la respiration, et on ne le soupçonnerait point si l'on ne voyait les mouvemens courts, mais rapides, d'élévation et d'abaissement des parois d'un seul ou des deux côtés de la poitrine, et des ailes du nez ;

Le cylindre ne fait point entendre de râle crépitant, ou bien celui-ci est peu intense, ou enfin il se rapproche déjà du râle muqueux, quoique l'inflammation soit encore à sa première période ;

La percussion fournit un son clair ;

La toux est rare et peu forte;

Les crachats offrent peu, n'offrent point ou n'of-

frent que momentanément et au début, l'aspect que leur donne l'inflammation du poumon; ils sont peu visqueux, peu colorés, et contiennent peu de bulles d'air; les crachats fauves sont très-rares.

Il arrive rarement qu'on observe ainsi l'absence de la plupart des signes de cette phlegmasie; tantôt les phénomènes d'expectoration manquent seuls, tantôt ce sont ceux que l'on reconnaît à l'aide du cylindre, tantôt enfin ceux qui résultent de la percussion sont seuls absens; cependant quelquefois il n'existe presqu'aucun de ces signes; tel était le cas suivant :

Un tailleur, âgé de cinquante ans, sujet à s'enrhumer facilement depuis plusieurs années, et ayant quelquefois craché du sang, toussait beaucoup depuis une quinzaine de jours, lorsqu'un matin il sentit une vive douleur entre la mamelle gauche et le sternum, avec fièvre, toux plus fréquente et douloureuse. Le lendemain, la douleur persiste; le troisième jour, la respiration devient gênée; le quatrième, respiration courte, accélérée, parole haletante, toux petite, presque continuelle, avec crachats muqueux contenant de l'air; la douleur persiste et se fait sentir un peu vers l'épigastre, la poitrine résonne bien, on entend partout et avec netteté la respiration, le pouls est fréquent et dur, la peau chaude et sèche; le cinquième jour, la douleur a presqu'entièrement disparu, la gène de la respiration a beaucoup augmenté, la fièvre est intense; le sixième, gêne extrême de la respiration, face pâle, grippée, battemens du pouls si fréquens

qu'on peut à peine les compter, point de douleur, toux rare, crachats muqueux, poitrine toujours sonore, bruit respiratoire lent parfois, mais très-fort; le soir et toute la nuit, délire; le septième jour, assoupissement; dans la journée, respiration stertoreuse; mort dans la nuit. Deux saignées, une de seize, une de douze onces, soixante sangsues et un vésicatoire avaient été prescrits. A l'ouverture du cadavre on trouva les bronches rouges et pleines de mucosités, le poumon gauche, rouge, compacte, facilement déchirable en plusieurs points, près de sa base et autour de l'insertion des bronches, et adhèrant mollement par son bord antérieur à la plèvre; le poumon droit, d'un rouge grisâtre et compact à peu près dans les mêmes endroits, parsemé de quelques tubercules, sans trace d'inflammation autour de ceux-ci; le tissu cellulaire sous-arachnoïdien vivement injecté sur les hémisphères cérébraux, et infiltré de pus en quelques points; beaucoup de sérosité trouble dans les ventricules latéraux.

Il faut dire que l'absence des signes fournis par le cylindre et la percussion, dans le cas que l'on vient de lire, fit oublier que la maladie avait été d'abord une bronchite puis une pleurésie, et fit par conséquent commettre une erreur grave de diagnostic, en donnant lieu de supposer gratuitement une péricardite; cette erreur, il faut l'avouer, n'eût pas été commise avant les travaux de Laennec.

1922. Il est des cas plus obscurs encore où la pneumonite ne s'annonce que par une prostration su-

bite, c'est lorsqu'elle se développe chez un sujet déjà affecté d'inflammation grave dans un autre viscère.

1923. L'inflammation du poumon donne lieu à peu de symptômes caractéristiques de son existence, ou même ne se manifeste d'aucune manière, soit lorsque le sujet est peu sensible, ou rend mal compte de ses sensations, soit lorsque la lésion, alors même qu'elle est grave, est peu étendue, soit enfin lorsque, outre la phlegmasie du poumon, il existe une autre maladie des bronches, de la plèvre, de la peau, ou de toute autre partie.

Par exemple, le râle muqueux de la bronchite, quand il est fort étendu, peut faire méconnaître le râle crépitant de la pneumonite.

Ainsi, tantôt on n'observe que les symptômes de la bronchite, ceux de la pleurésie ou ceux de la gastro-entérite, quoique le poumon soit en même temps enflammé ; tantôt il ne se manifeste que des phénomènes qui font croire à une lésion primitive des centres de l'appareil nerveux; tantôt on observe bien un ou plusieurs symptômes de pneumonite, mais on pense que ce sont seulement des signes de la souffrance sympathique du poumon; tantôt on ne voit que des phénomènes de réaction d'abord, puis de prostration, mais après la mort on reconnaît que la maladie, qui paraissait n'avoir point de siége ou bien occuper tout l'organisme, n'était qu'une phlegmasie partielle et profonde du poumon ; tantôt enfin on est appelé à une époque où les symptômes les plus caractéristiques ont cessé ou sont masqués par d'autres.

1924. Le cylindre est d'un grand secours pour le diagnostic des maladies du poumon. Les signes qu'il fait reconnaître manquent beaucoup moins souvent que ceux qui résultent de l'étude de la fonction de l'organe à l'aide de la vue seulement ; ils révèlent la pneumonite dès le début, époque à laquelle la poitrine rend encore un son clair lorsqu'on la percute ; ils rectifient ce qu'il y a si souvent d'erroné dans les sensations du malade ; enfin ils empêchent de s'abandonner à la sécurité souvent dangereuse qu'inspire le calme apparent du sujet. C'est ainsi que dans un cas mémorable, j'ai vu une personne, douée de la sensibilité la plus exaltée, ne se plaindre que d'un malaise général, vague, sans aucune douleur locale.

Si l'on veut méconnaître le moins souvent possible l'inflammation aiguë du poumon, il ne faut jamais perdre de vue les règles suivantes :

Toutes les fois que chez un sujet, soit bien portant, soit habituellement ou actuellement malade, il se manifeste, soit de la toux, soit de l'expectoration, soit de la douleur dans le thorax, soit même seulement du trouble dans la circulation, soit un accroissement dans l'un ou l'autre et à plus forte raison dans plusieurs de ces symptômes, il faut recourir au cylindre ;

Toutes les fois que dans le cours d'une maladie quelconque, la respiration devient gênée ou que seulement les ailes du nez s'élèvent et s'abaissent avec vitesse, il faut soumettre la poitrine à un scrupuleux examen par tous les moyens d'exploration

qui sont en notre pouvoir, et notamment à l'aide du cylindre.

Lorsque, dans le cours d'une phlegmasie aiguë d'un viscère quelconque et notamment des voies digestives, il survient une prostration subite, ou qui ne paraît pas suffisamment motivée par l'inflammation déjà connue à laquelle on devrait naturellement l'attribuer, il faut de suite recourir au cylindre.

1925. Le pronostic de la pneumonite doit toujours être fort grave; jamais l'inflammation n'envahit impunément le viscère que tout le sang traverse, qui élabore tout le sang, dont l'action ne peut être empêchée sans que la mort en soit l'effet, et qu'il est impossible de priver même momentanément de son aliment habituel. Reste donc la soustraction du liquide qu'il est chargé de modifier, et l'on verra que c'est là le seul moyen de salut, quand l'organe n'est point déjà frappé à mort.

Moins la maladie est intense, et plus il y a d'espoir; mais une phlegmasie peu intense, qui s'étend à la plus grande partie des poumons, est plus redoutable qu'une inflammation plus vive, moins étendue. Au degré de la suppuration, la guérison ne peut guère avoir lieu que par le passage à l'état chronique ou tuberculeux. L'inflammation est plus dangereuse quand elle occupe les lobes supérieurs que lorsqu'elle réside dans les lobes inférieurs. Plus la respiration est gênée, plus on doit craindre. La petitesse du pouls, jointe à la gêne excessive de la respiration, est d'un mauvais augure.

Il en est de même du pouls petit, qui ne se développe point après la saignée. L'absence totale et la cessation des crachats ne sont pas toujours suivies de l'exaspération ni du renouvellement de la phlegmasie. La moiteur de la peau est en général favorable. Il est bon que l'urine coule et que les matières fécales soient convenablement évacuées.

1926. Lorsque l'inflammation du poumon tend à se résoudre, la douleur diminue, puis elle ne se fait plus sentir; la respiration devient de plus en plus libre, la toux plus rare ou plus fréquente, mais moins pénible; l'expectoration se manifeste ou devient plus facile et plus abondante; le sang diminue de quantité, puis il cesse de se montrer dans les crachats; ceux-ci deviennent de moins en moins visqueux reprennent peu à peu les caractères qu'ils offrent dans la bronchite, et enfin ceux de l'expectoration dans l'état de santé; parfois, et non toujours, comme on l'a prétendu, les crachats deviennent blancs, jaunâtres, opaques, épais, légèrement striés de sang, et sont rendus abondamment sans toux violente; il survient quelquefois, soit des sueurs générales, chaudes et douces au toucher, soit un flux abondant de bile, de matières fécales ou d'urine, avec dépôt briqueté ou blanc, soit une hémorrhagie de la membrane nasale; le pouls devient moins fréquent, il cesse d'être dur, embarrassé, tortueux, il s'épanouit pour ainsi dire; si le râle crépitant avait cessé, il reparaît graduellement; si ce râle a persisté, il cesse peu à peu de se faire entendre, en même temps que le bruit d'ex-

pansion pulmonaire reparaît peu à peu et finit par régner seul ; alors le point où la percussion faisait entendre un son mat fournit un son d'abord moins obscur, puis de plus en plus clair.

1927. Lorsque l'inflammation aiguë du poumon marche vers une fin funeste la douleur augmente, arrive au plus haut degré, ou bien elle cesse, mais le sujet se plaint de plus en plus de ne point avoir assez d'air, alors même qu'il se croit sans oppression ; la respiration devient de plus en plus gênée, elle finit par ne plus avoir lieu que dans la station assise; la toux est moins fréquente, moins pénible, mais l'expectoration diminue, les crachats continuent à se ormer, mais ils sont difficilement expulsés, d'abord parce qu'ils sont très-visqueux, et ensuite parce que la faiblesse s'oppose aux efforts nécessaires à leur rejet ; on entend dans les voies respiratoires le râle muqueux le plus bruyant, sans le secours du cylindre, et même sans s'approcher du sujet ; quelquefois au contraire la sécrétion des crachats cesse brusquement, et dans ce cas le râle cesse en même temps ; d'autres fois les crachats deviennent, soit peu abondans, opaques, plaqués et d'un gris rougeâtre obscur, soit opaques, d'un blanc sale, et diffluens à la manière du pus, soit liquides, d'un rouge brunâtre ou tout-à-fait noirs, soit enfin liquides, verdâtres, puis d'un gris sale ou rougeâtre alternativement, et fétides.

A l'absence du bruit d'expansion pulmonaire et du râle crépitant viennent se joindre, selon les cas, les divers sons qui seront indiqués plus loin

comme signes de suppuration, d'abcès ou de gangrène; cependant le pouls arrive jusqu'à cent trente battemens, puis il devient moins fréquent, en même temps que la respiration s'accélère de plus en plus; tantôt la gêne de la respiration devient de plus en plus forte; d'autres fois le sujet ne se plaint d'aucune oppression, mais l'anxiété est vague et insupportable, et à moins qu'il ne tombe dans la stupeur ou le délire, il périt dans les angoisses de la suffocation.

Souvent la mort survient inopinément, après un mieux très-marqué en apparence.

1928. Il ne faut pas toujours conclure de ce que les crachats ont repris les caractères qu'ils offrent dans la bronchite, que l'inflammation du poumon a cessé complètement, car souvent il reste encore du râle crépitant.

Le râle crépitant persiste souvent, en effet, dans un point de la poitrine, lorsque tous les autres symptômes de l'inflammation pulmonaire ont disparu, et même après que le son fourni par la percussion a cessé d'être mat; on doit alors craindre, soit une rechute, soit le passage à l'état chronique.

1929. Lorsque l'inflammation du poumon passe à l'état chronique, les principaux symptômes diminuent d'abord d'intensité, puis, tantôt ils persistent à un certain degré, tantôt ils cessent tout à fait et il semble que le rétablissement soit complet, absolu; ceci sera détaillé plus loin.

1930. L'inflammation aiguë du poumon dure depuis quelques jours jusqu'à deux, trois semaines, et

davantage ; sa durée est plus longue qu'on ne serait tenté de le croire, en en jugeant d'après les symptômes seulement, si l'on a égard à l'altération organique dont le cylindre dénonce la prolongation, après que tout semble annoncer la cessation définitive du travail phlegmasique. Il faut souvent plusieurs semaines et même des mois pour que la totalité de l'organe reprenne la plénitude de ses fonctions ; parfois même il y demeure en partie impropre, quoique d'ailleurs la santé n'éprouve plus aucun trouble.

1931. Il est remarquable que la pneumonite commence ordinairement par un crachement de sang, à la vérité mêlé d'une plus grande quantité de mucus, et qu'elle finisse quelquefois de la même manière ; mais on ne doit pas s'en étonner, tant le poumon est saturé de ce liquide, dont l'apparition dans les produits des autres organes enflammés est bien plus alarmant.

1932. Lorsque la convalescence de l'inflammation aiguë du poumon est rapide, et que la respiration se rétablit entièrement, on doit en conclure que le viscère est complètement débarrassé des effets de l'état inflammatoire et revenu à son état antérieur. Si au contraire le sujet conserve de la toux, de la gêne dans la respiration ou de la disposition à s'essouffler aisément, de la fréquence dans le pouls, de la fatigue après l'exercice tant soit peu prolongé de la parole, on doit craindre qu'une partie du poumon ne soit demeurée altérée ; il faut avoir recours au cylindre pour s'en assurer.

2. De l'inflammation intermittente du poumon.

1933. Il semble fort difficile qu'un état aussi grave, qu'une altération aussi profonde que l'inflammation du poumon puisse se manifester pendant quelques heures, puis cesser, et ensuite reparaître le lendemain ou après un jour d'intervalle. C'est pourtant à une inflammation périodique de ce viscère, ou à une phlegmasie de la plèvre, plutôt qu'à la bronchite, qu'il paraît naturel d'attribuer ces accès de fièvres pernicieuses qui ont reçu le nom de *péri-pneumoniques*, et dont le cas le moins équivoque a été observé par Roche. Ce médecin a entendu, à l'aide du cylindre, pendant l'accès, un râle crépitant des plus marqués à la partie inférieure latérale et un peu postérieure du poumon droit ; après l'accès ce signe était infiniment moins prononcé, mais encore l'entendait-on. Dans ce cas, les redoublemens seuls étaient intermittens, la maladie n'était que rémittente ; il reste donc à observer un cas de pneumonite complètement intermittente.

1934. Les accès périodiques d'irritation vasculaire, provoqués par la gastrite ou toute autre phlegmasie rémittente ou intermittente, peuvent entraîner l'irritation, l'inflammation du poumon, et celle-ci peut donner lieu à de semblables accès, en se développant chez un sujet affecté d'une autre phlegmasie.

1935. Il est d'autant plus important que l'on applique le cylindre à l'étude de l'état du poumon

dans les maladies aiguës intermittentes, que les phlegmasies chroniques, manifestes ou latentes, de ce viscère, ne vont guère sans accélérations régulièrement ou irrégulièrement périodiques du mouvement circulatoire, de la chaleur, ainsi que des autres symptômes qui en sont inséparables. Ici, pour l'ordinaire du moins, il n'y a aucun sujet de doute, et personne ne méconnaît la nature et le siége de l'irritation, mais encore celle-ci est-elle continue, la réaction seule de l'appareil circulatoire est intermittente.

3. De l'inflammation partielle du poumon.

1936. L'inflammation occupe le poumon droit plus souvent que le poumon gauche, ce dernier plus souvent que les deux en même-temps: la proportion est comme 5 à 2 et à 1; la pneumonite est donc ordinairement partielle. Elle affecte les lobes inférieurs moins souvent que les lobes supérieurs, ceux-ci plus souvent que la totalité d'un poumon.

Elle est bornée à un seul, ou bien elle s'étend à plusieurs points du même poumon; elle est souvent, dans ce dernier cas, en quelque sorte disséminée dans le tissu de l'organe.

Elle occupe tantôt la couche superficielle du poumon en contact avec les côtes, tantôt le bord antérieur de ce viscère, tantôt la région diaphragmatique, tantôt sa racine, tantôt sa partie centrale.

1937. La pneumonite générale, c'est-à-dire celle qui envahit les deux poumons, est souvent mé-

connue, précisément parce qu'elle est plus rapide dans sa marche et sans douleur distincte. Tout est brusqué dans son développement, en peu de temps elle tue, avant même d'être arrivée au plus haut degré d'intensité. On conçoit qu'il suffit d'un afflux énergique et tant soit peu durable du sang vers les deux poumons, pour déterminer la suffocation, avant même que ces viscères ne soient fort altérés dans leur structure.

1938. Il serait très-difficile d'assigner le siége de l'inflammation partielle du poumon, si l'on était privé des lumières que fournissent la percussion et le cylindre. En effet, la douleur elle-même n'est pas un indice assuré du point où réside la phlegmasie, car elle peut se faire sentir d'un seul côté, tandis que celle-ci occupe les deux poumons; il se peut encore qu'on l'éprouve d'un côté où la plèvre seule est enflammée, tandis que le poumon est enflammé de l'autre côté; enfin elle manque très-souvent.

La gêne de la respiration n'est pas toujours en raison directe de l'étendue de l'inflammation; quelquefois elle est considérable, quoique celle-ci soit peu étendue; elle est plus forte quand la phlegmasie occupe les lobes supérieurs, que lorsque celle-ci réside dans les lobes inférieurs.

La percussion ne peut révéler le siége précis de l'inflammation que vers le deuxième ou troisième jour; il se peut d'ailleurs que le son soit mat depuis long-temps à l'endroit où on le trouve tel, et que ce ne soit pas là le siége de l'inflammation. Quand la phlegmasie est profonde, peu étendue, ou dissé-

minée, on n'obtient point de son mat. Lorsque l'inflammation est très peu étendue ou disséminée sur des points peu nombreux, le son reste clair, quand on percute. Quand elle occupe la partie inférieure du poumon droit, le son mat que l'on obtient se confond avec celui qui résulte de la présence du foie en cet endroit, souvent jusqu'à la hauteur de la quatrième ou cinquième côte. Lorsqu'elle a pour siége le centre du lobe supérieur gauche, la partie inférieure droite de la poitrine étant peu sonore, la percussion n'est presque d'aucun secours.

A l'aide du cylindre, plus la pneumonite partielle est superficielle, étendue, rapprochée de la paroi antérieure de la poitrine, et plus il est facile d'en reconnaître facilement le siége. Quand elle occupe la région dorsale, avec les mêmes conditions, il n'est pas moins aisé de la constater, si l'on ne se borne pas à une exploration négligée du thorax. Plus l'inflammation est rapprochée du centre et de la racine du poumon, plus il est difficile d'obtenir les signes à l'aide desquels on pourrait en assigner le siége.

1939. Il est à remarquer que la pneumonite qui s'étend aux deux poumons ne passe point à l'état chronique, à moins qu'elle ne cesse dans la plus grande partie de ces viscères, ou tout au moins dans un seul; pour que l'inflammation de l'organe élaborateur du sang puisse se prolonger; il faut nécessairement qu'elle en respecte une portion qui puisse continuer une si importante fonction. La pneumonite partielle, au contraire, passe très-souvent à l'état chronique.

4. De l'inflammation chronique du poumon (1).

1940. Après avoir parlé de diverses terminaisons de la péripneumonie, Boerhaave ajoute : cette maladie dégénère aussi en tumeur calleuse ou squirrheuse du poumon, d'où il résulte que la respiration reste, pour toute la vie, difficile, surtout dans la position horizontale et après le repas, avec une petite toux habituelle, sans symptômes de suppuration. Ce grand médecin avait donc bien connu le passage, soit manifeste, soit occulte, de la phlegmasie aiguë du poumon à l'état chronique. Stoll ajouta que la matière inflammatoire venant à s'épancher dans la substance du viscère, se rassemblait en tumeurs ou tubercules indissolubles. Devait-on s'attendre que plus tard des médecins, aveuglés par l'étude exclusive de l'anatomie pathologique, qui leur doit d'ailleurs une partie de ses progrès, iraient jusqu'à prétendre que la pneumonite chronique était fort rare? C'est pourtant ce qu'ont fait Bayle et Laennec, et il a fallu que Broussais attaquât formellement cette grave erreur pour qu'elle n'acquît point l'autorité de la chose jugée. Lorsque nous voyons l'inflammation aiguë du poumon être si commune,

(1) *Pneumonite chronique. Pulmonie. Phthisie pulmonaire.* — Boerhaave, *Aph.* — Bennet, *Theatrum tabidorum.* Leipsig, 1760. — Broussais, Laennec, *Op. cit* — Cruveilhier, *Médecine pratique*, Fasc. 1, 1821; *Thèse pour l'agrégat*, 1822; *Note sur les tubercules*, 1826. — Andral, *Op. cit.*

comment se ferait-il que la phlegmasie chronique de ce viscère fût si rare? De quel heureux privilège jouirait donc ce viscère, si frêle dans sa texture, et chargé d'une fonction si propre à favoriser en lui le développement et l'entretien de l'inflammation? De ce que les traces de l'inflammation aiguë se retrouvent rarement dans le poumon, quand ce viscère a été le siége d'une inflammation chronique, faut-il en conclure que celle-ci soit rare et la méconnaître, malgré les traces évidentes qu'elle laisse après elle?

1941. La pneumonite chronique est malheureusement une des maladies les plus communes en Europe; elle est encore plus fréquente que la pneumonite aiguë manifeste; il importe d'autant plus de la bien étudier, qu'elle résiste le plus souvent à tous les moyens de traitement, pour peu qu'elle soit ancienne et étendue, et qu'elle fait le plus souvent périr le sujet, alors même qu'elle n'occupe qu'une petite partie du poumon.

1942. Certains sujets paraissent susceptibles plus que d'autres de contracter la pneumonite chronique, ce sont: ceux dont les parens ont été affectés de cette maladie; ceux chez lesquels le mouvement circulatoire est faible, la poitrine étroite, les omoplates saillantes, les épaules basses, le col allongé, l'aspect général grêle, la peau fine, les joues colorées d'un rouge vif qui semble exagéré, et la sensibilité excessive; enfin, d'autres, qui ont ou plutôt qui semblent avoir la poitrine large, en raison de leur embonpoint ou de la longueur de leurs clavicules.

et chez lesquels le tissu cellulaire est abondant, mou, flasque, la peau d'un blanc terne, les cheveux blonds ou châtains clairs, et la sensibilité obtuse. Ces deux dernières espèces de sujets et ceux dont le père ou la mère ont été affectés de cette maladie, ne sont pourtant pas les seuls qui soient susceptibles d'èn être victimes, et il s'en faut que toujours les enfans de pères et mères qui ont succombé à cette maladie l'éprouvent eux-mêmes. Des sujets robustes, véritablement bien constitués, et que tout semblait devoir en préserver, la contractent chaque jour, et lui doivent la fin prématurée de leur vie. On l'observe chez les femmes plus souvent que chez les hommes. Aucun âge n'en est exempt, le vieillard en offre souvent les traces; on retrouve celles-ci jusque chez quelques fœtus; mais elle se manifeste le plus ouvertement et elle détermine le plus souvent la mort, de dix-huit à trente-cinq ans.

1943. Tout ce qui oblige le poumon à un excès d'action, soit absolu, soit relatif, peut donner lieu au développement de cette phlegmasie et des altérations qui en sont les suites.

1944. L'action du froid est une des causes les plus puissantes de l'inflammation chronique du poumon; néanmoins le froid violent et sec y conduit moins sûrement que le froid modéré et humide. Dans les contrées chaudes, cette maladie est-elle ordinairement latente, tandis que, dans le nord, elle serait seulement plus souvent manifeste? Cette assertion purement spéculative n'a été mise en avant

que pour contester plus aisément la nature inflammatoire du mal dont il s'agit.

1945. Tout ce qui favorise l'action du froid et de l'humidité sur nos organes, tels sont les vêtemens trop légers ou le rejet prématuré des vêtemens d'hiver, contribue au développement de la pneumonite chronique.

1946. L'hémorrhagie pulmonaire entraîne fort souvent après elle l'inflammation chronique du poumon, dans le cours de laquelle cette hémorrhagie se développe d'ailleurs fréquemment.

1947. Les affections et les passions tristes, profondes et durables, contribuent pour beaucoup à développer la pneumonite chronique.

1948. L'usage prématuré et l'abus habituel des plaisirs sexuels sont une des causes les plus puissantes de cette maladie.

1949. Si les excès de table ne sont pas précisément susceptibles de causer l'inflammation chronique du poumon, ils contribuent pour beaucoup à la faire naître, à décider son apparition, à la faire passer à l'état aigu ; ils peuvent aussi la renouveler alors qu'elle était éteinte.

1950. Cette maladie est-elle contagieuse? Une hypothèse populaire que rien ne justifie appuie seule cette assertion.

1951. Après qu'une bronchite ou une pneumonite aiguë a duré une, deux ou trois semaines, le pouls reste très-fréquent, dur et large, surtout le soir, et il ne se ralentit que par intervalles de plus en plus rares et plus courts, l'expectoration ne s'éta-

blit point, ou bien la sortie des crachats n'est suivie d'aucune amélioration, la gêne de la respiration persiste, le sujet se sent constamment près de suffoquer, l'anxiété est extrême, les joues et les lèvres sont d'un rouge pourpré tirant sur le violet, les yeux expriment la crainte de la mort, la peau est chaude, brûlante, sèche, décolorée partout ailleurs qu'aux joues, le tissu cellulaire s'affaisse, la maigreur se manifeste tout à coup; l'irritation de l'appareil circulatoire persiste pour l'ordinaire jusqu'au dernier moment; après quinze jours, un mois ou six semaines au plus, la mort vient terminer cet état, dans un accès de suffocation, quelquefois après un calme momentané avec délire, sueurs froides et altération profonde des traits; d'autres fois, après une expectoration de matière sanguinolente, noirâtre, grumeleuse et fétide. Cette nuance de la pneumonite chronique est celle qui dure le moins, et elle est constamment mortelle.

1952. Il arrive d'autres fois qu'à la suite d'une bronchite ou d'une pneumonite, une, deux ou trois semaines s'étant écoulées, il ne reste qu'une toux légère le jour, plus fatigante pendant la nuit, qui n'est pourtant pas sans sommeil; cette toux est ordinairement sèche, quelquefois avec expectoration, même abondante, mais sans amélioration subséquente; la respiration est peu gênée, ou même elle ne l'est pas du tout; la circulation se ralentit, la peau se rafraîchit, le sommeil a lieu de nouveau, l'appétit se fait sentir, les forces semblent renaître. Quinze jours ou un mois se passent, le sujet croit avoir re-

couvré la santé; mais il s'affaiblit, la respiration devient pénible en montant, on remarque que le pouls s'accélère et que les pommettes rougissent le soir, la toux est plus pénible la nuit, le teint est pâle, jaunâtre, terreux, livide, la face est bouffie, les pieds s'infiltrent. Le sujet est d'ailleurs calme, sans souffrance, quoique faible et éprouvant peu d'appétit; il éprouve des alternatives de mieux et de malaise; des phlegmasies de divers organes se développent souvent, et, lorsqu'elles se résolvent, elles laissent le sujet plus faible encore qu'auparavant; enfin, après six semaines, deux, trois, quatre, six mois ou davantage, il s'infiltre et meurt, tout à coup suffoqué, sans agonie, s'il s'est soumis à un régime doux; dans un redoublement de vîtesse de la circulation, avec symptômes de pneumonite aiguë, s'il a été soumis à l'usage des excitans, et s'il ne s'est point préservé du froid.

1953. Les symptômes de la pneumonite chronique se développent fort souvent après une hémorrhagie pulmonaire, laquelle survient tantôt sans qu'aucun signe ait fait présumer que le poumon fût lésé, tantôt à la suite d'une ou de plusieurs bronchites aiguës, dont la dernière a été plus opiniâtre que les autres. Ce n'est pas toujours, il s'en faut de beaucoup, à la suite du premier crachement de sang que survient ou du moins que se déclare l'inflammation du poumon; fort souvent ce n'est qu'à la seconde ou à la troisième hémorrhagie que celle-ci éclate; il n'est pas rare de voir pendant des mois, des années, des personnes cracher très-fréquemment du sang,

et ne présenter que fort tard les symptômes de l'inflammation chronique du poumon. Cette inflammation, avant d'offrir les caractères de l'état chronique, se montre sous le type aigu, mais avec une certaine obscurité dans les symptômes, de telle sorte qu'on est exposé à la méconnaître, et à ne pas mettre assez d'énergie dans le traitement.

1954. Il arrive souvent que sans maladie antérieure appréciable des bronches, du poumon, de la plèvre ou de tout autre organe, des sujets, ordinairement âgés de dix-huit à trente-cinq ans, éprouvent de loin en loin une toux légère sans expectoration; cette toux devient plus fréquente, plus forte, les crachats finissent par lui succéder; les traits s'altèrent, la fraîcheur s'évanouit, le teint se flétrit, le visage se sillonne de rides prématurées, les épaules deviennent saillantes, la parole est difficile, quoique la circulation ne soit pas plus rapide, ni la chaleur de la peau plus vive. Cet état peut durer plusieurs mois et même plusieurs années, jusqu'à ce qu'enfin le mouvement circulatoire s'accélère définitivement.

1955. Il arrive aussi que les symptômes de la pneumonite chronique se développent à la suite de ceux de la pleurésie chronique ou même aiguë; souvent alors la mort est l'effet d'une pneumonite aiguë qui survient tout à coup.

1956. Dans d'autres cas, on voit une personne, bien conformée extérieurement, tousser, éprouver de la gêne dans la respiration depuis long-temps, et conserver d'ailleurs son teint, son embonpoint habituel, sans accélération du mouvement circulatoire, sans

douleur de poitrine; mais tout à coup le pouls s'accélère, la peau se décolore, le teint s'altère, l'embonpoint et les forces diminuent, la toux et les autres symptômes se déclarent.

1957. D'autres fois enfin, à la suite d'une maladie qui semblait n'avoir aucun rapport avec le poumon, il se manifeste de la toux, de la gêne dans la respiration, l'accélération du pouls ne cesse point, la coloration ne reparaît pas, l'embonpoint et les forces ne se rétablissent point, et l'on finit par reconnaître que le poumon est profondément lésé.

1958. Lorsque l'inflammation chronique du poumon, quelle qu'en soit d'ailleurs l'origine, ne fait pas périr promptement le sujet, par un accès de suffocation, la fréquence continue du pouls, le sentiment incommode de chaleur, la rougeur des joues dans les redoublemens nocturnes, l'accroissement graduel de ces symptômes, de la toux, de l'oppression, de la maigreur et de la décoloration, durent de cinquante à soixante jours, ou de cinq à six ou huit mois (1).

Ensuite le mouvement circulatoire est de plus en plus actif, le tissu cellulaire s'affaisse de plus en plus, les joues se cavent, les yeux s'enfoncent dans les orbites, les crachats sont blancs, crêmeux, diffluens, ou granuleux, sanieux et fétides; le sang artériel expectoré paraît accolé aux mucosités, au pus; il survient des sueurs abondantes, visqueuses, fétides, irrégulières, les selles sont journellement fréquentes, liquides, la faiblesse en est augmentée; l'ap-

(1) *Fièvre hectique de douleur.*

pétit est ordinairement vif, quelquefois il cesse, ou bien l'appétit continue, quoique l'estomac soit douloureux; le ventre devient pénible au toucher, parfois la péritonite se développe; du pus se forme quelquefois dans le tissu cellulaire sous-cutané; la peau devient d'une sensibilité excessive, s'enflamme, devient le siége de furoncles, de suppuration, de gangrène, dans les points où le corps est en contact avec le lit; enfin, les facultés intellectuelles baissent, il y a de la somnolence, de l'amaigrissement, quelquefois la vue se perd, les membres se paralysent. La mort termine cette période (1) dans l'espace de quinze à vingt jours ou de six semaines à trois mois.

1959. La maladie marchant quelquefois plus lentement met deux ou trois ans à se prononcer; les symptômes se réduisent à un sentiment de chaleur entremêlée souvent de frissons vagues, une coloration des joues, la pâleur du reste de la peau, une toux forte et fréquente, sèche ou fournissant quelques crachats muqueux, beaucoup de gêne dans la respiration, des douleurs profondes obtuses dans la poitrine, et un sentiment de faiblesse indéfinissable. La mort n'a lieu qu'au dernier degré d'amaigrissement, sans scène inflammatoire bien vive. Souvent il se joint à cet état du poumon, un état analogue du bas-ventre, et dans ce cas la fin de la vie se fait moins attendre.

1960. La gêne de la respiration n'est pas toujours en rapport avec l'étendue de l'altération du poumon,

(1) *Fièvre hectique de suppuration.*

dans l'inflammation chronique comme dans l'inflammation aiguë de ce viscère. L'air a cessé quelquefois de pénétrer dans les deux tiers des vésicules bronchiques, quoique la respiration se fasse encore sans gêne notable, tandis que c'est le contraire dans d'autres cas. La gêne de la respiration est quelquefois pour ainsi dire partielle, c'est-à-dire que le sujet indique la partie de la poitrine où il croit la ressentir. Elle augmente quand le sujet fait quelques mouvemens; elle est plus incommode, en général, ainsi que la toux, dans la position horizontale; une émotion triste la rend plus forte, ou même la fait naître quand on ne l'éprouvait pas; elle se fait sentir davantage aussitôt ou peu après l'ingestion des alimens, à l'époque où les règles devraient avoir lieu, quand celles-ci ont cessé et lors même qu'elles continuent. L'étendue et la profondeur des altérations du poumon rendent la gêne de la respiration plus intense, et celle-ci le devient encore plus lorsqu'à l'état morbide du poumon se joint une lésion de la plèvre, du cœur ou des gros vaisseaux.

1961. Le côté de la poitrine où gît l'inflammation chronique, se dilate moins que celui du côté opposé, et même il reste quelquefois immobile dans une partie plus ou moins considérable de son étendue, et il semble déprimé, non pas qu'il s'affaisse, mais seulement parce qu'il ne se dilate point. D'autres fois l'affaissement est réel, les côtes s'enfonçant pour suivre le poumon déprimé.

1962. Il résulte de l'obstacle que forme à la circulation dans le poumon, l'état d'altération, d'imper-

méabilité, plus ou moins étendu de ce viscère, des retours de crachement de sang, des palpitations, la décoloration, la maigreur, l'atrophie des muscles, une diminution de la température sous l'aisselle, la réduction à un plus petit volume du cœur lui-même, et plus souvent la dilatation des cavités droites de ce viscère.

1963. La toux est d'abord attribuée, dans la pneumonite chronique, à une sensation pénible que le sujet éprouve vers le larynx, avant, pendant et après ce mouvement convulsif. Cette toux est sèche, et la cause la plus légère la renouvelle : tels sont la parole, l'action de boire, le changement de position; elle reste sèche pendant un certain temps, quelquefois jusqu'à la mort; elle se fait sentir surtout pendant la nuit et le matin; elle est d'abord par petites secousses, puis elle se manifeste par quintes; quelquefois elle se rapproche de la toux convulsive. Chez d'autres sujets, à mesure que la désorganisation s'opère, la toux devient moins vive, moins fréquente, et semble n'avoir plus lieu qu'à l'occasion de l'expectoration. Enfin, la toux manque quelquefois tout-à-fait dans le cours de la pneumonite chronique.

1964. Les crachats ne sont point caractéristiques dans la pneumonite chronique comme dans la pneumonite aiguë; ils dépendent, en totalité au commencement, plus tard en grande partie, de l'état de la membrane muqueuse bronchique. Ces crachats sont d'abord ceux de la bronchite chronique, ou même ceux de la bronchite aiguë, quoique l'expectoration

dure déjà depuis long-temps, ou enfin ils se composent d'une matière abondante, muqueuse et filante, expectorée presque sans toux. Ensuite aux mucosités de divers aspects fournies par la membrane muqueuse bronchique, vient se mêler de la matière tuberculeuse molle ou du pus.

La matière tuberculeuse se montre dans les crachats sous forme de petits grumeaux friables, caséiformes, d'un blanc mat ou jaunâtre, consistans, de la grosseur d'une tête de camion ou d'un pois, et assez ressemblans à des grains de riz cuit. Ces grumeaux ne doivent point être confondus avec ceux de mucus grisâtre, opaque, visqueux, tenace et fétide, qui se forment dans les lacunes des amygdales.

La matière tuberculeuse se montre aussi, dans le mucus transparent des crachats, sous forme de longues stries déliées, opaques, d'un blanc mat ou jaunâtre.

D'autres fois le sujet expectore du pus rendu grumeleux par son mélange avec la matière tuberculeuse.

Enfin, lorsque la maladie est le mieux caractérisée, on observe d'abord, dans le mucus des crachats, des plaques isolées de matière diffluente, fétide, d'un gris cendré sale, quelquefois rougeâtre, puis les crachats contiennent de plus en plus de cette matière; enfin, celle-ci finit par les composer en totalité, sauf le mucus bronchique qui leur donne un peu de consistance; c'est alors une purée uniforme dans son aspect, grisâtre ou rougeâtre, ordinairement fétide, au milieu de laquelle nage de la matière tuberculeuse molle.

Ces crachats sont toujours abondans, et parfois il suffit que le sujet se couche sur le côté opposé au poumon malade, pour qu'il en sorte une quantité extraordinaire.

Ce n'est quelquefois qu'un ou deux jours avant la mort que les crachats se montrent sous la forme de purée sanieuse.

Il arrive très-rarement que des débris reconnaissables de substance pulmonaire se montrent au milieu des crachats.

Dans certains cas, on observe dans les crachats des lambeaux membraniformes, sans trace d'organisation ni analogie avec les parois des hydatides.

On a vu dans les crachats des concrétions lapidiformes de matière semblable à du plâtre humide, tantôt très-friables, tantôt résistantes au point de ressembler à des grains de sable; de formes diverses, quelquefois ramifiées, ordinairement rugueuses; pour l'ordinaire d'un blanc grisâtre ou tacheté de noir; composées de phosphate de chaux, contenant quelquefois du carbonate de chaux; dont le volume variait depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un haricot, du pouce, d'un noyau de pêche ou d'une noix. Ces concrétions ont été quelquefois rendues en nombre considérable, et, s'il faut en croire Portal, un sujet en a expectoré plus de cinq cents, dont quelques-unes avaient le volume d'un pois. Ce sont parfois des débris de cartilages bronchiques ossifiés. Elles sont ordinairement mêlées à de la matière tuberculeuse.

L'odeur des crachats est, comme il a été dit, quel-

quefois fétide ; cette fétidité peut avoir lieu de bonne heure ; le plus souvent, elle a lieu vers la fin. Elle se rapproche, dans certains cas, de celle des parties externes gangrenées, et cependant tous les sujets qui l'ont offerte avec ce caractère, n'ont pas succombé promptement, comme on croyait devoir s'y attendre.

Les crachats sont souvent insipides, quelquefois douçâtres, parfois salés.

Les malades distinguent quelquefois très-bien le point d'où les crachats se détachent, mais souvent ils se trompent beaucoup à cet égard.

Il ne faut pas oublier, que de l'aveu de Laennec, on doit accorder peu de confiance à l'inspection des crachats dans la pneumonite chronique, parce que ceux qui passent pour les plus caractéristiques, tels que les cendrés, les vermiculaires et les puriformes, se rencontrent fréquemment dans les bronchites chroniques.

Les crachats sont expectorés d'une manière presque continue, jour et nuit et surtout le soir ou le matin, ou pendant la nuit seulement ; ils ne présentent pas toujours les mêmes caractères ; souvent ils se suppriment momentanément.

Lorsque la maladie est enfin parvenue à son terme, peu avant la mort, tantôt le sujet cesse de cracher, les matières s'accumulent dans les bronches, la trachée-artère, le larynx, et il périt par suffocation ; tantôt l'expectoration cesse, et la mort arrive, sans obstruction des voies aériennes par ces matières.

1965. Aucune douleur ne se fait sentir dans la poitrine, ou bien elle est passagère et fixe à peine

l'attention du sujet, dans un grand nombre de pneumonites chroniques. Cela ne doit pas étonner, puisque la pneumonite aiguë elle-même est souvent sans douleur, quand elle n'est pas accompagnée de la pleurésie.

Beaucoup de sujets ne se plaignent d'aucune douleur antérieure à leur état actuel, parce qu'il est dans la nature de l'homme de ne donner aucune attention aux souffrances passagères qui ne l'empêchent point de se livrer à ses occupations.

1966. Le crachement de sang qui a lieu dans le cours de la pneumonite chronique dépend, ou de l'exhalation de ce liquide à la surface de la membrane muqueuse bronchique, ou de l'épanchement du sang dans la substance du poumon, ou enfin de l'épanchement de ce liquide dans les cavités accidentelles de ce viscère, par suite de la rupture d'un vaisseau, dont l'orifice n'a été bien observé que par Bayle et Andral.

1967. Si l'on percute la poitrine d'un sujet affecté de pneumonite chronique, on obtient ordinairement un son mat, à l'endroit où ce viscère est altéré dans sa structure, lorsque la partie malade du viscère n'est pas trop éloignée de la paroi du thorax. Toutes les fois que ce son mat est entendu, il doit être considéré comme un signe important, et qui le devient encore davantage quand on le rapproche des autres symptômes. Mais ce son mat peut être dû à un épanchement dans la plèvre. En outre, lorsque ce signe manque, il faut bien se garder d'en inférer que nécessairement le poumon n'est point

lésé; car, d'une part, l'absence de ce signe peut tenir à la situation de la partie altérée dans sa structure, ou à ce que l'altération est disséminée dans l'organe; et de l'autre, elle peut résulter d'une altération plus grave encore, la destruction complète de cette même partie; dans ce dernier cas, il existe un vide au lieu d'une matière imperméable à l'air, et la percussion, au lieu d'un son mat, fait entendre un son encore plus clair que celui qu'on entendait dans l'état de santé, et pourtant la mort tarde souvent très-peu à avoir lieu. Cette augmentation de la clarté du son peut aussi être due à la dilatation des vésicules bronchiques.

1968. Quelquefois le cylindre fait entendre comme dans l'état normal le bruit d'expansion pulmonaire, sans râle, sans *voix caverneuse*. Plus souvent ce bruit est plus faible, moins net ou même nul, dans un ou plusieurs points d'un côté du thorax, relativement au point correspondant opposé; d'autres fois ce bruit est plus clair, plus sonore, que dans l'état normal, et alors la percussion fournit également un son clair. Ces trois états du bruit respiratoire peuvent se retrouver l'un à côté de l'autre chez le même sujet.

Lorsque le bruit respiratoire se fait encore entendre, tantôt il a pris le caractère de celui qu'on produirait en soufflant dans un tuyau d'airain (*respiration bronchique*), tantôt il est encore plus fort que dans ce dernier cas, et il semble que l'on entende le bruit de l'air poussé avec force dans un vase fermé (*respiration caverneuse*).

Au lieu du bruit respiratoire, soit normal, soit bronchique, soit caverneux, on entend parfois, soit le râle crépitant, soit le râle muqueux, soit le gargouillement; d'autres fois on n'entend distinctement aucun de ces trois derniers bruits, mais dans un ou plusieurs points, dans tout un poumon ou dans tous deux, d'abord le bruit respiratoire n'est pas net, et, après une inspiration profonde, on entend le râle crépitant ou le muqueux.

Enfin, quand le mal est fort avancé, souvent on entend directement la voix passer à travers les parois de la poitrine comme pour entrer dans le cylindre, et arriver à l'oreille de l'observateur (*voix caverneuse* ou *pectoriloquie*.)

Tous ces signes fournis par le cylindre peuvent manquer sans que pour cela le poumon ne soit pas enflammé ou n'ait pas subi les altérations de structure qui sont la suite de l'inflammation chronique; mais, lorsque ces signes existent, ils doivent être pris en grande considération, relativement au pronostic. Seulement, il importe beaucoup de ne pas les confondre avec d'autres qui leur ressemblent, souvent à tel point qu'il est fort difficile de les distinguer, et il faut les rapprocher des autres signes de la maladie, afin de ne point annoncer ce qui n'est pas et méconnaître ce qui est.

Nous dirons plus loin les rapports des bruits divers obtenus par la percussion ou recueillis par le cylindre, avec les diverses altérations que le poumon subit par suite de l'inflammation.

1969. La maladie étant parvenue à une certaine

époque, qui varie pour chaque sujet, outre l'expectoration, il s'établit peu à peu une accélération du pouls avec chaleur de la peau, qui présente souvent un redoublement vers midi, et un autre au coucher du soleil ou dans la nuit; un frisson tierce, double-tierce ou quotidien, précède parfois le redoublement. Durant cet accès, la tête est libre, la respiration plus courte, les voies digestives sont parfois sans irritation. Le matin, il y a des sueurs souvent extraordinairement abondantes, après lesquelles le sujet se sent accablé.

Dès que le mouvement circulatoire est devenu décidément plus rapide, la maigreur commence à se manifester (1), et elle s'accroît d'autant plus que les sueurs et l'expectoration sont plus abondantes. Bientôt il survient des selles de matières molles, aqueuses, de plus en plus fréquentes, et la maigreur fait de plus rapides progrès.

1970. Quand le sujet est arrivé au dernier degré de maigreur, le nez est effilé, les pommettes sont saillantes, colorées d'un rouge vif et circonscrit, les conjonctives sont luisantes et offrent une légère teinte de bleu, les yeux sont enfoncés dans les orbites, les joues sont creuses, les commissures des lèvres étant tirées en dehors il en résulte une sorte de sourire ironique, le col est oblique et gêné dans ses mouvemens, les omoplates sont soulevées, les côtes paraissent saillantes par l'enfoncement des espaces qui les séparent, elles s'aplatissent, la poi-

(1) *Fièvre hectique.*

trine est affaissée, rétrécie d'un seul ou de deux côtés, le ventre est aplati et semble contracté; la maigreur est telle que les muscles eux-mêmes semblent ne plus séparer la peau des os : tout tissu cellulaire sous-cutané a disparu, les articulations paraissent plus grosses, tous les membres ont diminué de volume là où les os sont couverts de parties molles, et les phalanges elles-mêmes sont décharnées.

A cette époque, quelques filets de sang se manifestent parfois dans les crachats.

Assez souvent, après des crachats abondans, le sujet éprouve une amélioration inespérée, l'expectoration diminue, la fréquence du pouls cesse, quelquefois même la maigreur diminue; cela dure depuis quelques jours jusqu'à quelques semaines, et, dans certains cas, non-seulement des mois, mais encore des années; après quoi le mal reprend toute son activité, et le dépérissement, plus rapide qu'il ne l'avait encore été, conduit promptement à la mort.

Quelquefois cependant cette amélioration se consolide, équivaut à un rétablissement, et parfois le rétablissement a lieu en effet.

Laennec a observé deux cas où la guérison eut lieu quoique les sujets furent arrivés à un degré de marasme vraiment squelettique.

Quand l'accélération du pouls est considérable et sans relâche, la mort a lieu avant que la maigreur ne soit parvenue au dernier degré.

1971. A l'exception des signes fournis par le cylin-

dre, et dont la valeur est elle-même encore sujette à contestation, tous les signes qui ont été donnés comme caractéristiques de la pneumonite chronique peuvent ne dépendre que d'une bronchite simple ou compliquée de la lésion d'un autre organe que le poumon. Laennec a observé deux cas de ce genre : dans le premier, le foie était gras, dans le second, le poumon était squirrheux, dans tous deux il n'y avait dans la poitrine que des traces de bronchite. Bayle a vu deux exemples analogues.

1972. Les phénomènes de l'inflammation chronique du poumon sont parfois précédés de ceux d'une entérite chronique; alors la peau est terreuse, les forces sont plus abattues, la maigreur plus marquée; l'expectoration est promptement suivie de la mort, mais l'expectoration peut ne point avoir lieu quoique la mort survienne.

1973. Dans d'autres cas, la maladie du poumon est précédée d'un état analogue des glandes lymphatiques du cou ou du mésentère.

1973. Quand l'inflammation chronique du poumon survient chez un sujet déjà affecté de phlegmasie profonde dans un autre viscère, d'une gastrite, par exemple, avec symptômes nerveux, avec amaigrissement et accélération du pouls, la lésion du poumon ne devient souvent appréciable que quelques semaines et même quelques jours avant la mort.

1975. Une phlegmasie chronique du poumon que rien n'avait encore révélée peut se manifester tout à coup par une accélération excessive du pouls,

un crachement de sang, la toux, l'expectoration, l'amaigrissement, et tous les autres symptômes; le mal peut marcher avec une rapidité telle que le sujet périsse en six semaines, un mois, et même en moins de temps encore.

1976. Lorsque l'inflammation chronique manifeste du poumon dure de cinq à six ans et davantage, il y a pour l'ordinaire des améliorations passagères, des rémissions, pendant lesquelles certains symptômes s'amendent, d'autres cessent momentanément; peut-être même la phlegmasie s'éteint-elle et se renouvelle-t-elle à plusieurs reprises; cet état d'alternative peut durer un grand nombre d'années.

On doit donc ne jamais désespérer de la possibilité d'un rétablissement au moins passager, alors même que le mal paraît être parvenu au plus haut degré d'intensité, et ne jamais se relâcher dans le choix de ce qui peut être utile, et le rejet de ce qui peut nuire.

1977. A l'ouverture des cadavres de sujets affectés de pneumonite on trouve :

A. Aux bronches.

La membrane muqueuse est ordinairement très-rouge, dans les points du poumon envahis par l'inflammation aiguë ou chronique; elle est rarement rouge dans toute son étendue; quand le tissu pulmonaire est infiltré de pus, la membrane muqueuse bronchique se ramollit, devient pâle, plus rouge, ou violette.

B. Aux poumons.

1° L'*engouement* (1). Le poumon est extérieurement d'une couleur livide ou violacée, intérieurement d'un rouge de sang ou livide, moins crépitant, plus pesant, plus ferme que dans l'état normal, compacte, conservant encore la marque du doigt dont on le presse, non friable, infiltré de sérosité sanguinolente, trouble, écumeuse, et qui ruissèle lorsqu'on incise ce viscère, où l'on distingue encore la texture qui lui est propre.

Si l'on presse et si on lave, à diverses reprises et long-temps, le tissu du poumon ainsi engoué, on le délivre de tous les liquides qui y sont accumulés, et il redevient aussi crépitant et aussi pâle qu'il pouvait l'être auparavant.

Lorsque la résolution a commencé, on trouve une portion du tissu pulmonaire sèche et rougie comme par une teinture, ou infiltrée de sérosité roussâtre.

L'engouement du poumon est la trace du premier degré de l'inflammation aiguë de ce viscère.

Cet engouement occupe ordinairement une partie fort étendue ou plusieurs parties d'un poumon, souvent la totalité d'un seul et la majeure partie de l'autre, quand cette altération est la seule que l'organe ait subie. On le distingue de l'infiltration cadavérique à la situation qu'il occupe et à la légère friabilité qui l'accompagne ordinairement.

(1) *Infiltration séro-sanguine.*

On reconnaît sur le vivant l'existence de l'engouement, au râle crépitant qu'on entend dès le début; la poitrine rend encore un son clair à la percussion et le bruit respiratoire continue à se faire entendre. Mais à mesure que l'hépatisation se prononce le râle crépitant devient plus humide, ses bulles sont inégales et plus rares, le bruit respiratoire diminue en proportion, et le son de la poitrine, percutée dans l'endroit où réside l'inflammation, commence à devenir obscur, à moins qu'elle ne soit disséminée; lorsque l'engoument est fort étendu ce son devient mat.

Si la résolution s'opère avant que l'inflammation ait dépassé le premier degré, le râle crépitant devient de moins en moins sensible, le bruit respiratoire redevient manifeste, s'il s'était obscurci, et il finit par se faire entendre comme auparavant.

2° L'*hépatisation* (1). Le poumon est souvent moins livide à l'extérieur que lorsqu'il est engoué; intérieurement il est d'un rouge foncé qui varie çà et là depuis le rouge de sang jusqu'au gris violet, et sur lequel tranchent les ramifications bronchiques, les vaisseaux sanguins, les taches noires naturelles au poumon, et les cloisons celluleuses inter-lobulaires, quelquefois remarquables par leur blancheur; le poumon n'est plus crépitant; il est pesant et ferme comme le tissu du foie. Il ne surnage plus l'eau; si on le coupe, il en suinte peu de liquide; si on le presse, il s'écrase facilement; si

(1) *Ramollissement rouge. Carnification.*

l'on racle la surface des incisions, on obtient un peu de sérosité sanguinolente, non écumeuse, plus trouble et plus épaisse que dans l'engouement, et à laquelle se mêle souvent une matière blanchâtre, opaque, épaisse, puriforme; vue à contre-jour, ou incisée, puis déchirée, la substance pulmonaire offre une surface grenue, composée de petits grains rouges, blancs ou gris, égaux, obronds, ovoïdes ou aplatis.

Broussais a vu le poumon hépatisé conserver à sa surface l'empreinte des côtes.

Lorsque la résolution s'opère, les parties affectées passent au gris violet, puis au gris de lin rougeâtre, ensuite au rouge, et enfin au rougeâtre pâle qui est naturel au poumon sain; elles perdent leur dureté, deviennent humides, laissent suinter plus de sérosité que de sang; cette sérosité offre d'abord des bulles d'air, puis elle finit par devenir écumeuse; l'aspect granuleux s'efface, le tissu redevient sec, la crépitation s'y rétablit; il reste encore plus ferme, élastique et pesant, pendant quelque temps. Quelques parties conservent les caractères de l'hépatisation, au milieu de celles qui sont revenues plus ou moins près de l'état normal.

L'hépatisation est la trace du deuxième degré de l'inflammation aiguë du poumon.

Elle est ordinairement partielle, mais elle occupe quelquefois la totalité d'un poumon et la moitié de l'autre; elle coexiste assez souvent avec l'engouement, de telle sorte qu'une partie d'un ou des deux poumons est engouée, tandis que d'autres sont déjà

hépatisées. Au sein même des parties engouées, on observe souvent des points qui ont déjà subi l'hépatisation.

On reconnaît l'hépatisation sur le vivant à ce que non-seulement le râle crépitant a cessé de se faire entendre dans la région de la poitrine où on l'avait distingué, mais encore à ce qu'on n'entend plus en cet endroit le bruit respiratoire.

Quand l'hépatisation occupe la racine ou le sommet du poumon, on entend la *voix bronchique* (1), c'est-à-dire que la voix résonne d'une manière diffuse dans les bronches, et prend un timbre analogue à celui d'un porte-voix, mais elle traverse rarement le cylindre comme elle le fait dans la voix caverneuse. La voix bronchique se rapproche d'autant plus de celle-ci que les parties hépatisées entourent des rameaux bronchiques d'un certain volume. Souvent le *souffle dans l'oreille* vient s'y joindre, c'est-à-dire qu'il semble à l'observateur que de l'air vient frapper son oreille, tandis que cet air semble lui être enlevé pendant l'inspiration; d'autres fois c'est le souffle *voilé*, c'est-à-dire qu'il semble à l'observateur qu'une sorte de voile mobile est agité par la voix, la toux et la respiration, entre son oreille et la partie du poumon qu'il explore.

Si l'hépatisation occupe la partie centrale, la voix bronchique est nulle ou fort obscure, et devient de plus en plus manifeste à mesure que l'altération envahit les parties superficielles du poumon.

(1) *Bronchophonie.*

La voix bronchique est d'autant plus distincte qu'un épanchement de sérosité s'établit après l'hépatisation du poumon, surtout lorsque cette altération a lieu vers la racine du poumon ; si l'épanchement précède cette altération, la voix bronchique en est obscurcie.

Quand l'hépatisation occupe les parties inférieures du poumon, si la voix bronchique a lieu, elle est fort peu intense, diffuse, et elle cesse lorsqu'un épanchement de sérosité se fait à la base de la poitrine.

A la voix bronchique se joignent constamment la respiration et la toux bronchiques dans les parties où elle se fait entendre ; ces dernières sont quelquefois même entendues quoique la première n'ait point lieu.

Le râle est plus sonore dans un poumon hépatisé que dans un poumon sain.

Autour de la partie hépatisée, on entend le râle crépitant, si elle est entourée de l'engouement, jusqu'à ce que les parties voisines elles-mêmes s'hépatisent.

La poitrine fournit toujours un son mat, excepté quand la partie hépatisée est située au centre du poumon.

Lorsque la résolution de l'hépatisation s'opère avant que l'inflammation ne soit passée au troisième degré, le râle crépitant se rétablit peu à peu ; le bruit d'expansion pulmonaire revient à mesure, puis le râle cesse, tandis que le bruit respiratoire, redevenu ce qu'il était avant l'inflammation, se fait pleinement entendre.

3° L'*infiltration purulente* (1). Dur et granuleux, comme dans l'hépatisation, le tissu pulmonaire offre extérieurement et intérieurement une couleur jaune pâle ou citrine, soit sur divers points seulement, soit sur toute son étendue ; il ne crépite plus, et il est pesant comme dans l'hépatisation, mais il est mou et humide ; si on l'incise, il laisse échapper une matière jaune, visqueuse, opaque, purulente, d'une odeur fade ; les granulations disparaissent à mesure que le pus se ramollit, et, avant qu'il le soit complètement, la substance pulmonaire se résout en grumeaux humides sous les doigts qui la pressent. Quand ce ramollissement commence, le pus suinte lorsque l'on comprime le tissu pulmonaire, et il forme une matière onctueuse sur le scalpel quand on racle le poumon avec cet instrument.

Chez l'adulte et le vieillard le pus est très-souvent d'un gris cendré (2) ; chez les jeunes gens et les enfans il est d'un beau jaune blanchâtre.

Il se passe de deux à six jours, selon Laennec, depuis le moment où l'infiltration purulente est bien reconnaissable jusqu'à celui où le pus, entièrement ramolli, est arrivé à l'état de liquidité visqueuse. Souvent l'altération passe à l'état chronique, et alors la matière purulente subit des modifications dont il sera parlé plus loin.

La résolution n'est pas impossible, quoiqu'elle soit moins commune que dans l'engouement : de

(1) *Suppuration. Ramollissement gris.*

(2) *Hépatisation grise.*

jaune ou jaune grisâtre le poumon devient blanchâtre ; le pus suinte mêlé de sérosité ; celle-ci devient plus abondante, mêlée de bulles d'air, puis elle domine, et le pus n'y paraît que sous forme de petits grumeaux ; l'aspect vésiculaire du tissu du poumon reparaît ; celui-ci devient moins dur, il crépite légèrement ; enfin les parties affectées ne conservent plus qu'une teinte jaunâtre, sale ou verdâtre, très-pâle, et sont encore infiltrées d'un peu de sérosité.

L'infiltration purulente est la trace du troisième degré de l'inflammation aiguë du poumon.

Elle coexiste ordinairement avec l'hépatisation et parfois avec l'engoument du tissu pulmonaire ; elle peut envahir un poumon et la moitié de l'autre.

On ne la distingue sur le vivant de l'hépatisation que lorsque le pus infiltré dans la substance du poumon commence à se ramollir ; alors on entend un râle muqueux dans les bronches et l'expectoration est puriforme ou seulement muqueuse.

Lorsque la résolution ne commence à s'opérer que lorsque l'infiltration purulente a lieu, le râle crépitant reparaît, mais les bulles sont plus grosses et plus humides, et le bruit respiratoire ne se rétablit que tard et lentement.

4° Des *abcès*. Au milieu d'un poumon infiltré de pus on trouve, mais rarement, des collections de pus, peu nombreuses, peu étendues, isolées, dont les parois sont formées par la substance du viscère, d'autant plus ramollies et putrilagineuses qu'on les examine plus près du centre de l'abcès. Plus rare-

ment encore, on trouve une collection de pus d'un certain volume.

Laennec n'a observé que cinq ou six fois plusieurs petits abcès, et une fois seulement un abcès un peu considérable, dans l'espace de vingt ans ; ensuite il en a observé vingt cas en une seule année, sur lesquels deux seulement lui ont fourni l'occasion de les constater par l'ouverture des cadavres. Dans le cas où la collection était unique, le foyer situé à la partie antérieure et moyenne du poumon était aplati et allongé, et aurait pu contenir trois doigts ; à mesure qu'on s'éloignait du centre, le pus se changeait en détritus purulent, puis on trouvait un tissu plus ferme, mais fortement infiltré de pus ; à un demi-pouce du foyer, il n'y avait qu'une infiltration médiocre. Deux ou trois fois seulement, il a trouvé d'énormes excavations occupant la presque totalité d'un poumon, qui paraissaient ne pouvoir être attribuées à la fonte de tubercules. Andral et Honoré ont observé chacun un abcès du poumon. Ces abcès sont des traces fort rares du troisième degré de l'inflammation aiguë du poumon. Ils continuent avec l'état chronique, quand la mort n'en est pas promptement l'effet.

Toujours, quand il y a un ou plusieurs abcès, l'inflammation a été bornée à une partie d'un seul poumon.

La présence du pus rassemblé en collection dans le poumon s'annonce par un râle muqueux très-fort et à grosses bulles, manifestement caverneux, entendu à l'endroit où est la cavité ; à la voix bronchique

succède la voix caverneuse non équivoque ; la respiration et la toux, de bronchiques qu'elles étaient, deviennent évidemment caverneuses ; on entend d'ailleurs le souffle dans l'oreille si l'abcès est voisin de la surface du poumon, et le souffle voilé si quelques parties des parois sont minces et molles. Quand l'abcès est à demi-plein on entend très-fortement le râle, et de plus un bredouillement en même temps que la voix caverneuse ; enfin l'inflammation est toujours partielle et très-peu étendue, ou devenue telle par suite de sa résolution dans le reste du poumon.

Nous dirons plus loin, à l'occasion des excavations tuberculeuses, comment les cavités ulcéreuses du poumon peuvent se revêtir d'une membrane muqueuse accidentelle, et même se cicatriser complètement par le développement d'un cartilage accidentel.

5° L'*induration*. Le tissu du poumon est plus consistant, plus dense et plus sec que lorsqu'il est à l'état normal ; si on l'incise, il crie sous le scalpel ; des granulations s'y voient plus distinctement encore que lorsque l'inflammation a été aiguë, surtout quand on déchire ce tissu ; elles sont sèches, consistantes, pressées les unes contre les autres, sans que rien les isole, et colorées soit en rouge (1), soit, et le plus ordinairement, en gris (2) ou gris tirant sur le violet ; aucun liquide ne ruisselle à la surface des in-

(1) *Induration rouge chronique.*

(2) *Induration grise chronique.*

cisions que l'on fait dans ce tissu. Quelquefois, si l'on pique quelques unes des granulations, il en sort une gouttelette de pus.

Cet état est une des traces non équivoques de l'inflammation chronique du poumon. Il coexiste parfois avec les abcès, l'infiltration purulente et l'hépatisation; quelquefois même on le trouve dans certaines parties du poumon, tandis que dans d'autres on n'observe que l'engouement : c'est lorsque l'inflammation aiguë s'établit dans un poumon déjà en partie enflammé d'une manière chronique.

Il est rare que l'on ne trouve que l'induration soit rouge, soit grise, dans le poumon affecté d'inflammation chronique; presque toujours il s'y trouve joint des traces d'inflammation aiguë, des granulations ou des tubercules qui absorbent toute l'attention; cette direction exclusive de l'observation et de la pensée explique comment on a pu prétendre de bonne foi que la pneumonite chronique était fort rare, tandis qu'elle est une des maladies les plus communes.

Quand cette induration est située favorablement, elle donne lieu par la percussion et l'auscultation aux mêmes signes que l'hépatisation.

6° Les *granulations*. Ce sont de petits corps arrondis ou ovoïdes de la grosseur d'un grain de millet, d'un volume uniforme, incolores, rouges ou grisâtres, demi-transparens ou tout-à-fait diaphanes, ordinairement innombrables et disséminés, quelquefois groupés en masses dans une grande partie ou la totalité d'un poumon, toujours isolés

les uns des autres par un tissu cellulaire sain ou infiltré de sérosité. Au centre ou vers la circonférence de celles qui sont grisâtres, on trouve un point opaque, jaune ou noir. Le poumon qui offre de ces granulations contient ordinairement en outre des tubercules.

Ces granulations sont des traces d'inflammation chronique du poumon.

Lorsqu'elles ne sont point agglomérées, et que le tissu pulmonaire au milieu duquel elles résident n'est point altéré, il n'y a aucun moyen de constater leur présence pendant la vie; quand elles sont agglomérées de manière à former des masses compactes et imperméables à l'air on observe les signes locaux qui seront indiqués plus loin pour les tubercules miliaires.

7° L'*infiltration gélatiniforme* est ordinairement peu étendue; elle résulte de la présence d'une matière humide, transparente, incolore ou sanguinolente dans la substance du poumon, qui a perdu son aspect vésiculaire et se présente sous l'aspect d'une belle gelée, dont la consistance, indiquée par cette comparaison, d'abord peu considérable, va peu à peu en augmentant, en même temps que des points ou des stries opaques et jaunes se développent.

Cette infiltration est un produit de l'inflammation chronique du poumon; on l'observe souvent dans le voisinage des tubercules.

8° L'*infiltration grise*. Le poumon est plus dense que dans l'état normal; il est imperméable à l'air,

d'un gris foncé, humide, sans trace de vésicules, et lorsqu'on le coupe on le trouve presqu'aussi ferme qu'un cartilage, et la surface des incisions est lisse. On y voit souvent des points opaques et jaunes. On observe souvent cette altération autour des tubercules.

Cet état est un produit de l'inflammation chronique du poumon; il donne lieu, par la percussion et l'auscultation, aux mêmes signes que l'hépatisation, quand il est assez étendu.

9° La *matière tuberculeuse* (1) est une substance humide ou sèche, opaque, d'un blanc jaunâtre ou jaune, parfois tirant sur le grisâtre, tantôt déposée en masses irrégulières dans le poumon (2), tantôt disséminée sous forme de petites tumeurs arrondies (3) dont le volume varie depuis un grain de millet (4) jusqu'à celui d'une noisette ou d'une amande, qui par leur agglomération forment des tumeurs bosselées (5) dont le volume varie depuis celui d'une petite noix jusqu'à celui d'une grosse pomme et davantage, car elles peuvent s'étendre à la majeure partie d'un poumon.

Les masses tuberculeuses sont placées çà et là dans le poumon; la substance qui les forme est d'un blanc jaunâtre; elles sont anguleuses, jamais bosselées; quelquefois elles occupent la plus grande

(1) *Matière tyroïde.*
(2) *Masses tuberculeuses. Infiltration tuberculeuse.*
(3) *Tubercules disséminés.*
(4) *Tubercules miliaires.*
(5) *Tubercules agglomérés.*

partie d'un lobe et parviennent jusqu'à la surface des viscères sans y faire de saillie.

Les tubercules disséminés sont d'un jaune plus foncé que les masses tuberculeuses ; ils sont moins fermes et plus humides que les cartilages.

Quelquefois les tubercules sont entourés d'une couche de substance demi-cartilagineuse (1), inégale, quelquefois raboteuse, mais toujours polie à sa surface interne à laquelle adhère fortement la matière tuberculeuse, et fort adhérente elle-même, au tissu pulmonaire environnant, par sa face externe. Cette substance s'incruste rarement de matière calcaire.

Lorsque le sujet ne périt pas auparavant, par suite de l'inflammation aiguë du poumon ou de la portion du poumon demeurée dans l'état normal, ou par la maladie de tout autre organe, la matière tuberculeuse finit par se ramollir, elle devient de jour en jour plus molle, plus humide, onctueuse, caséiforme, puis visqueuse et liquide comme le pus ; le ramollissement s'étend graduellement du centre à la circonférence. Quand il est complet, cette matière est épaisse, inodore, et plus jaune qu'à l'état de sécheresse, ou divisée en une substance opaque, molle, blanche, friable, caséiforme, et une substance liquide, transparente, incolore, rarement sanguinolente, sériforme.

Quand un tubercule ou une masse tuberculeuse bosselée ou anguleuse se ramollit, il arrive sou-

(1) *Tubercules enkystés.*

vent que la matière qui les formait, devenue liquide, est versée dans une ramification bronchique, de telle sorte que la cavité qui la contenait peut se vider entièrement, et constitue alors une *excavation tuberculeuse* (1) que l'on trouve à l'ouverture du cadavre.

Lorsqu'il existe un grand nombre de tubercules dans le poumon, quelquefois aucun d'eux n'est complètement ramolli, et il n'y a aucune excavation, même fort petite, lorsqu'on ouvre le cadavre. Quand ils sont peu nombreux, ils sont quelquefois tous entièrement vides. Le plus ordinairement les uns sont en partie ramollis, les autres sont, soit en partie, soit en totalité, excavés, tandis que d'autres sont encore secs et durs.

Les *excavations tuberculeuses* sont très-rarement uniques, ordinairement au nombre de deux, trois ou davantage; les tubercules qui les avoisinent y versent le liquide résultant de leur ramollissement; de telle sorte que de nouvelles excavations se forment autour de la première avec laquelle elles communiquent, et elles communiquent en outre les unes avec les autres. Des colonnes, plus minces au milieu qu'à leurs extrémités, de tissu pulmonaire, devenu compacte, pour l'ordinaire infiltré lui-même de matière tuberculeuse, et très-rarement des vaisseaux isolés traversent ces excavations; ceux qui existent dans les colonnes dont il vient d'être parlé sont en grande partie oblitérés.

(1) *Caverne du poumon.*

On trouve des vaisseaux volumineux, ordinairement aplatis, rarement oblitérés, le long de ces mêmes parois ; celles de leurs ramifications qui se dirigent vers la cavité sont tout-à-fait imperméables à la matière de l'injection.

Une ou plusieurs ramifications bronchiques s'ouvrent, non pas obliquement, mais directement, dans ces excavations.

Les excavations tuberculeuses sont tapissées ordinairement, dans plusieurs points de l'étendue de leur surface, par une couche de matière presque transparente, peu friable, très-mince, inégale dans son épaisseur, intimement adhérente, ou, dans la totalité de l'étendue de leur surface, par une couche de matière molle, presqu'opaque, friable, blanche, mince, partout de la même épaisseur, facile à détacher.

De ces deux couches, la première est souvent située entre la seconde et les parois de l'excavation. La dernière est parfois expectorée par lambeaux ; peut-être en est-il de même de la première. Quelquefois elles n'existent ni l'une ni l'autre.

Dans ce dernier cas, et lorsqu'on les a enlevées, on trouve que les parois de la cavité sont formées de tissu pulmonaire rouge, endurci et infiltré de matière tuberculeuse.

Lorsque la maladie a été très-prolongée, il existe çà et là sous la couche membraniforme des excavations, des plaques d'une matière demi-transparente, d'un blanc tirant sur le gris, quelquefois rosée ou rouge, que le lavage ne fait pas disparaître, plus

souvent réflétant le rouge violacé du tissu pulmonaire sous-jacent auquel elles adhèrent intimement, enfin semblable au tissu cartilagineux, mais moins consistante. Cette matière forme quelquefois une coque demi-cartilagineuse (1), qui revêt entièrement l'excavation, sauf là où sont les orifices des tuyaux bronchiques, avec la membrane interne desquelles elle se continue.

La matière tuberculeuse, quelle que soit sa forme, occupe le plus ordinairement les lobes supérieurs du poumon, et principalement le poumon droit. C'est du moins à la partie supérieure de celui-ci que l'on trouve le plus souvent les excavations tuberculeuses. Dans la plupart des cas, autour d'une seule excavation sont des tubercules secs, de grosseur moyenne; le reste du poumon et celui du côté opposé sont parsemés de tubercules fort petits, jaunes; plus bas sont des granulations, de telle sorte que Laennec, établissant des rapports de généalogie entre les diverses formes de la matière tuberculeuse et les granulations, a supposé qu'il se faisait des *éruptions* successives de tubercules, exprimant ainsi d'une manière bizarre un fait réel, qui est que, l'inflammation successivement développée sur divers points du poumon, y sème pour ainsi dire de la matière tuberculeuse, et est entretenue par ses propres produits.

La matière tuberculeuse est en effet un produit de l'inflammation chronique du poumon.

(1) *Kystes tuberculeux.*

Quand elle est encore sèche, disséminée en petits tubercules éloignés et dans l'intervalle desquels le tissu pulmonaire n'est point altéré, le cylindre et la percussion ne fournissent aucun signe qui puisse en révéler l'existence. On obtient même un son encore plus clair que dans l'état normal, quand un grand nombre de vésicules bronchiques sont dilatées, et cela peut avoir lieu pour toute la poitrine, quand cette dilatation a lieu dans la majeure partie du tissu pulmonaire au milieu duquel les tubercules sont plongés ; alors la respiration est pour l'ordinaire peu gênée.

Lorsque les tubercules, quelque petits qu'ils soient, sont groupés, très-rapprochés, et surtout agglomérés; quand le tissu pulmonaire qui entoure les tubercules disséminés est hépatisé; enfin lorsque la matière tuberculeuse est disposée en masses irrégulières, la poitrine rend un son mat à la percussion, et le cylindre ne fait plus entendre de bruit respiratoire dans l'endroit où existe cette matière, aussi long-temps qu'elle reste compacte; mais on entend plus ou moins la voix résonner diffusément dans les bronches, au dessous de la clavicule, dans la fosse sous-épineuse et à l'aisselle.

Lorsque la matière se ramollit, la percussion continue d'abord à ne fournir qu'un son mat; ensuite quand il existe une excavation large, contenant peu ou point de liquide, et dans laquelle l'air entre librement, la percussion procure un son encore plus clair que dans l'état normal.

Lorsque cette matière est devenue liquide, et que

l'air pénètre dans la cavité qui la recèle, le cylindre y fait entendre un véritable gargouillement, qui bientôt ressemble au râle muqueux; la respiration et la toux prennent un caractère caverneux.

Au lieu de la voix bronchique, on entend la voix caverneuse d'abord imparfaite, intermittente, puis continue et tout-à-fait caractérisée.

Quelquefois, à mesure que l'excavation se vide, le son fourni par la percussion redevient clair; quelquefois aussi, chez les sujets grêles, lorsque les parois du thorax sont très-minces et l'excavation située près de la surface, la percussion détermine un bruit et un frémissement analogues à ceux qui ont lieu quand on frappe sur un pot fêlé.

On entend le souffle à l'oreille, quand l'excavation est superficielle; le souffle voilé quand ses parois sont minces, molles et non adhérentes à la plèvre costale.

Lorsque l'excavation est complètement vide, on n'entend plus ni gargouillement ni râle muqueux, ou bien celui-ci est momentané, et il cesse après que le sujet a craché; la voix caverneuse devient parfaite si déjà elle ne l'était.

Lorsque les excavations sont très-vastes et offrent peu d'anfractuosités, la voix caverneuse diminue, devient rare ou cesse tout-à-fait; elle est alors remplacée ordinairement par la respiration amphorique; quelquefois par le tintement métallique, quand il existe une très-petite quantité de liquide et de l'air dans l'excavation. Quelquefois enfin on entend le bruit de fluctuation signalé par Hippocrate, quand

les excavations occupent au moins le tiers d'un poumon.

Lorsque l'excavation s'ouvre dans la plèvre, la voix caverneuse cesse, et l'on observe les signes de l'épanchement aéro-liquide (1) dans la cavité de cette membrane.

La voix caverneuse douteuse ne doit pas être admise comme signe d'excavation, quand elle se fait entendre des deux côtés et seulement entre les épaules, à l'aisselle, vers l'articulation sterno-claviculaire, et même à toute la partie antéro-supérieure de la poitrine, jusqu'à la hauteur de la troisième côte. Lorsqu'on l'entend au dessous de cette côte seulement, et d'un seul côté, c'est un signe presque certain d'excavation profondément située ou contenant encore de la matière tuberculeuse peu ramollie.

La voix caverneuse imparfaite est aussi certaine que la voix caverneuse parfaite.

Malgré l'extinction de la voix, celle-ci se fait entendre à travers les parois de la poitrine, quand il existe une excavation.

Plus les parois de la cavité sont épaisses, plus la voix caverneuse est marquée.

Elle est d'autant plus parfaite, que les excavations sont moyennes. Cependant une excavation qui logerait un noyau de prune peut la faire entendre distinctement.

Les excavations peu étendues dans un sens sont

(1) *Pneumo-thorax.*

peu propres à produire la voix caverneuse, et quelquefois elles ne la produisent point, principalement quand elles sont situées près de la surface, et lorsque la plèvre pulmonaire n'adhère point en cet endroit aux côtes.

Quand les excavations sont très-anfractueuses et communiquent toutes ensemble, la voix caverneuse est étouffée et confuse, et souvent elle est habituellement suspendue.

Selon Andral, si l'on porte tour à tour la pulpe des doigts sur divers points des parois du thorax, il arrivera quelquefois qu'en plusieurs de ces points, à chaque parole prononcée par le malade, on sentira un frémissement particulier, qui se prolongera plus ou moins haut le long des doigts et de la paume de la main; si ce frémissement est assez fort pour produire dans la pulpe des doigts une sensation pénible, et s'il n'est point également intense dans les mêmes points correspondans des deux côtés du thorax, on doit, suivant ce médecin, le considérer, surtout s'il se fait sentir au dessous de la clavicule, comme le signe d'une excavation tuberculeuse à parois endurcies.

Les *fistules* du poumon sont des excavations revêtues entièrement d'une couche de substance demi-cartilagineuse, et qui ne fournissent plus de liquide aux crachats, quoiqu'elles communiquent avec l'air extérieur, par le moyen des bronches qui s'ouvrent à leur surface.

Chez les sujets dans lesquels ces fistules existent, on entend la voix caverneuse d'une manière évidente;

néanmoins, ils vivent dans cet état depuis plusieurs années sans malaise notable, éprouvant seulement des symptômes de bronchite chronique, et tout au plus de la gêne dans la respiration, sans accélération du pouls et sans maigreur. La formation toujours lente de ces fistules constitue un mode de guérison des tubercules après leur ramollissement; découverte précieuse due à Laennec. Cependant il y a des recherches à faire sur cet objet; car, il dit que la surface de ces fistules offre une consistance et un aspect moyens entre ceux d'une membrane muqueuse et d'un cartilage, ce qui n'est pas clair: ne serait-ce pas du tissu fibreux plutôt que du tissu cartilagineux? Tel est du moins le caractère que je leur ai remarqué.

Les *cicatrices* du poumon sont des cloisons cellulaires très-denses, fibreuses ou fibro-cartilagineuses, blanches, opaques, minces, qui occupent transversalement une partie du poumon; elles sont quelquefois formées de deux couches demi-transparentes, entre lesquelles se trouve parfois une très-petite cavité contenant de la matière tuberculeuse friable. D'autres fois, au lieu de lames, ce sont des masses irrégulières, soit de tissu cellulaire compacte, serré, soit de tissu fibreux ou fibro-cartilagineux.

Ces cloisons et ces masses existent surtout aux parties supérieures, postérieures ou externes du sommet du poumon. Là où elles existent le plus près de la surface, celle-ci est dure, déprimée, inégale, sillonnée, bosselée ou froncée, et la plèvre pulmonaire adhère ordinairement par des liens cel-

luleux à la plèvre costale. Entre la surface ainsi déprimée du poumon et la cloison ou la masse cellulo-fibreuse, le tissu pulmonaire, dans un espace toujours peu étendu, est flasque et non crépitant; il est souvent crépitant et ferme autour de ces productions. Les bronches qui se dirigent vers celles-ci sont dilatées, et elles s'y perdent en s'oblitérant; il en est de même des vaisseaux.

Rien n'annonce la présence de ces cicatrices dans le poumon, pendant la vie.

Laennec pense que ces cloisons et ces masses, très-communes dans les cadavres, sont le résultat de la guérison d'excavations tuberculeuses totalement vidées, dont les parois se sont rapprochées et confondues.

Considérant et les fistules et les cicatrices pulmonaires comme deux modes de guérison des tubercules, Laennec pose ce principe consolant, qu'on ne doit pas perdre toute espérance dans les cas de pneumonite chronique tuberculeuse, où la percussion et le cylindre indiquent que la plus grande partie du poumon est encore perméable à l'air; et que dans ces cas, lors même que l'on peut prononcer avec certitude qu'il existe une excavation ulcéreuse dans le poumon, on pourrait quelquefois se tromper en assurant que le malade succombera. De plus, il ajoute, et ceci nous paraît trop important pour ne pas être cité textuellement:

« On peut même dire, en général, que quand les crachats sont jaunes et opaques, l'amaigrissement considérable, la fièvre hectique très-intense, ou

doit regarder ces symptômes, en quelque sorte, comme d'un moins fâcheux augure, lorsque la pectoriloquie est en même temps manifeste, que lorsqu'ils existent sans ce phénomène; car, dans le premier cas, on peut les attribuer aux efforts de la nature pour le ramollissement et l'évacuation de la matière tuberculeuse, et espérer qu'ils cesseront quand l'excavation sera tout-à-fait vide, si d'ailleurs la plus grande partie des poumons paraît saine, d'après le résultat de l'exploration de la respiration. Dans le second cas, au contraire, on doit penser qu'il existe un grand nombre de tubercules, puisqu'ils déterminent des effets généraux et très-graves, avant que leur ramollissement soit assez avancé pour produire des cavités ulcéreuses. »

Malheureusement alors même qu'une excavation se cicatrise, il faut, pour que le sujet se rétablisse, qu'il n'y en ait point d'autres, et qu'il n'existe point de tubercules susceptibles de s'excaver, à moins que toutes les excavations ne se cicatrisent chacune à leur tour, ce qui est au moins excessivement rare, si même cela arrive jamais.

Dans les premiers temps où les recherches de Laennec avec le cylindre furent connues, les résultats qu'il annonça parurent d'une certitude telle, que chacun s'imaginait pouvoir lire en quelque sorte dans la poitrine de tous les sujets affectés de maladies des poumons; mais il ne faut pas perdre de vue que cet instrument ne donne réellement le moyen de reconnaître la présence des tubercules que lorsqu'ils sont ramollis, encore faut-il qu'ils constituent des cavités

d'une dimension suffisante. Il ne faut pas oublier que les signes qui paraissent annoncer de graves altérations sont souvent obscurs, faciles à confondre avec d'autres qui dénotent des altérations peu importantes; que très-souvent leur réunion à d'autres signes est indispensable, pour qu'on puisse en déduire une conclusion fondée; que plusieurs de ces signes n'ont de valeur qu'autant qu'ils sont constans, ou qu'ils occupent certaine partie de la poitrine; que la voix caverneuse, bien caractérisée, non équivoque, et le souffle qui l'accompagne, sont les seuls signes pathognomoniques des tubercules, de telle sorte que ceux-ci ne sont révélés que lorsqu'ils ont à peu près cessé d'exister. On ne saurait donc user de trop de réserve, quand il s'agit d'asseoir le diagnostic et le pronostic sur les renseignemens fournis par le cylindre. La réunion de tous les signes que l'on peut obtenir par tous les sens, autorise seule à prononcer affirmativement dans ce cas, comme dans tous ceux de médecine pratique.

Louis s'est attaché à rechercher les altérations, autres que les tubercules, qui existaient, soit dans le poumon, soit dans les autres organes, chez les sujets dans lesquels il a trouvé cette matière. Il résume lui-même de la manière suivante le résultat de ses observations:

« Aux tubercules et aux excavations pulmonaires se trouvaient réunis, dans un dixième des cas, l'inflammation récente d'une partie d'un ou des deux poumons, celle de la plèvre ou l'épanchement d'une quantité notable de sérosité limpide dans la cavité

de cette membrane. La membrane muqueuse de la trachée-artère était d'un rouge vif, quelquefois ramollie et épaissie dans le cinquième des cas; elle était ulcérée, souvent très-largement, chez près d'un tiers des sujets. La membrane muqueuse du larynx et l'épiglotte étaient ulcérées chez un tiers environ. Le péricarde contenait une quantité notable de sérosité limpide chez le dixième des sujets; il offrait des traces évidentes d'inflammation chez plusieurs autres. Le cœur était assez souvent ramolli; l'aorte était rouge chez la plupart des jeunes sujets, et altérée au delà de quarante ans. Chez le douzième des malades, l'estomac était très-distendu et affaissé; sa membrane muqueuse était rouge, quelquefois mamelonnée, un peu ramollie, et épaissie à sa face antérieure, à peu près dans la même proportion; dans le cinquième des cas, elle était ramollie et amincie dans une étendue plus ou moins considérable; très-rouge, très-ramollie, et parfois épaissie vers le grand cul-de-sac, chez un nombre égal; ulcérée, grisâtre, et mamelonnée sur beaucoup d'autres; enfin, elle n'était saine que chez un cinquième du nombre des sujets. Chez les cinq sixièmes, il y avait des ulcères à l'intestin grêle. Les ulcérations étaient presque aussi fréquentes dans le gros intestin, dont la membrane muqueuse, souvent rouge et épaissie, était molle comme du mucus dans une grande partie ou la totalité de son étendue, dans la moitié des cas; elle ne fut trouvée saine dans toute sa longueur que trois fois. Les glandes du mésentère étaient pénétrées de matière tuberculeuse à divers

degrés sur le quart des individus; cette matière existait moins souvent aux glandes du cou, des lombes, du mésocolon et des aisselles. Le foie était gras, dans la troisième partie des cas; les parois de la vésicule biliaire étaient quelquefois épaissies et ulcérées, et des calculs étaient alors contenus dans cette poche. Chez un grand nombre de sujets, la rate était ramollie, plus ou moins volumineuse que dans l'état normal; elle contenait de la matière tuberculeuse dans la seizième partie des cas. Dans le même nombre de sujets, les reins étaient tuberculeux; parfois on y trouva des hydatides. Chez plusieurs sujets, la prostate contenait de la matière tuberculeuse; cette matière existait, chez un sujet, à l'intérieur des vésicules séminales et des conduits déférens. L'utérus d'un sujet était revêtu intérieurement de matière tuberculeuse. Toutes les membranes séreuses étaient, chez un grand nombre de sujets, le siége d'un épanchement; celui-ci était plus fréquent et plus abondant dans les ventricules du cerveau que partout ailleurs; ces mêmes membranes, et surtout les plèvres, offraient des traces d'inflammation aiguë. Plusieurs fois le péritoine fut trouvé en outre tuberculeux. Chez un septième des sujets, le cerveau était plus ou moins injecté; chez un vingtième, il était moins consistant dans toute sa masse; il était partiellement ramolli et pulpeux, dans la même proportion (1). »

Il serait à désirer qu'on eût un tableau aussi com-

(1) *Recherches sur la Phthise*, Paris, 1825.

plet des altérations qui accompagnent celles de chaque organe ; c'est le seul moyen d'arriver à un diagnostic et un pronostic satisfaisans.

10° La *matière mélanique* (1) est d'un noir d'encre, opaque, homogène, humide ; elle offre l'aspect et la consistance des glandes bronchiques ; quand on la comprime, il en suinte un liquide roussâtre, ténu ; elle est mêlée de grumeaux ordinairement flasques, quelquefois fermes, d'autres fois friables ; elle est dans d'autres cas convertie en une bouillie noire, d'un brun jaunâtre ou grisâtre ; d'autres fois elle forme des masses irrégulières, dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un œuf et davantage, et qui adhèrent à la substance pulmonaire sans intermédiaire visible ; lorsqu'elles sont arrondies, elles sont unies au poumon par un tissu cellulaire délié qui permet de les isoler.

Cette matière se rencontre peu communément dans le poumon ; elle y est assez souvent disséminée sous forme de petits points ou de stries noirs, quelquefois confluens, de manière que tout le tissu du poumon est envahi ; alors ce viscère est compacte, noir comme du charbon, et semblable à du cuir brûlé.

Enfin cette matière est très-rarement rassemblée en corps arrondis, du volume d'une noisette à celui d'une noix, entourés d'une couche de tissu cellulaire très-fin, d'une demi-ligne d'épaisseur, dont

(1) *Mélanose.*

la face interne est lisse, et dont la face externe, à laquelle adhère la matière, est adhérente au tissu pulmonaire, de telle sorte que pour les en isoler, il faut recourir à la dissection (1).

On trouve quelquefois dans le poumon des excavations à parois noires, dures, épaisses et criant sous le scalpel, qui restent après le ramollissement et l'expectoration des masses mélaniques.

Il se présente une grande difficulté lorsqu'il s'agit de distinguer la matière mélanique morbide de la matière noire normale du poumon; Laennec, qui a soulevé cette difficulté, donne peu de moyens pour la résoudre. Le liquide exprimé des glandes bronchiques noires teint fortement la peau en noir, si on le laisse sécher avant de l'enlever par le lavage. C'est le contraire pour les mélanoses. Celles-ci contiennent de l'albumine et une matière colorante analogue à celle du sang, selon Breschet; celles-là contiennent, selon Fourcroy, beaucoup de carbone et d'hydrogène. Au reste, quand la matière mélanique est assez abondante pour envahir une partie notable du poumon et la rendre aussi dense que le foie, sans que pour cela elle cesse d'être flasque, tout doute se trouve levé, et il ne peut y en avoir que lorsqu'elle est peu abondante et très-disséminée.

Il y a bien de la subtilité dans de telles distinctions, et il est probable que Laennec s'est plus d'une fois laissé aller à la satisfaction de modifier

(1) *Mélanoses enkystées.*

les observations de Corvisart, son maître, et de Bayle, son ami.

Il est fort rare que l'on rencontre de la substance mélanique pour toute altération dans le poumon. Les sujets chez lesquels on a trouvé cette matière avaient tous éprouvé une gêne de la respiration proportionnée à l'étendue de la partie qu'elle occupait, et une toux, tantôt sèche, tantôt avec crachats pituiteux, assez ordinairement entremêlés de crachats puriformes; c'en est assez sans doute pour autoriser à considérer cette matière comme un produit, peu commun à la vérité, de l'inflammation du poumon.

L'observation suivante suffit pour lever tous les doutes à cet égard :

Un chirurgien, âgé de cinquante-deux ans, toussait et crachait beaucoup, habituellement, depuis plusieurs années, et, depuis trois ans, il avait la respiration courte et un peu gênée lorsqu'il commença à maigrir; dès-lors sa toux augmenta, il avait un léger dévoiement et il suait pendant la nuit; son haleine exhalait une odeur de pus très-fétide, ses crachats étaient glaireux, purulens, et légèrement teints en rouge; la faiblesse devint extrême, il maigrit médiocrement, et mourut après dix jours de séjour à l'hôpital. A l'ouverture du cadavre on trouva, entre autres désordres, le lobe inférieur du poumon droit, brun, consistant, et fournissant un pus grumeleux à la pression; le poumon gauche, plus consistant que le foie, partout où on l'incisait, d'un noir luisant et ayant l'aspect métallique; les bronches remplies

de pus blanc ou grisâtre ; de petites cavités vides, enduites d'une couche molle et qui auraient pu contenir des pois ou des noisettes ; les plèvres épaissies, fibreuses et adhérentes (1).

11° La *matière encéphaloïde* se montre sous l'aspect d'une substance d'un blanc laiteux, légèrement rosée par places, quelquefois bleuâtre, demi-transparente quand elle est réduite en tranches minces, opaque quand elle offre une certaine épaisseur, ayant la consistance de la substance cérébrale, et facile à écraser sous le doigt; lorsqu'on la comprime, il en jaillit de plusieurs points un liquide blanc analogue à une crême épaisse. La matière encéphaloïde recèle souvent des caillots de sang, parfois volumineux, relativement au volume de la masse qu'elle forme ; souvent on la trouve très-molle et même réduite à la consistance d'un pus épais ; dans ce cas elle reçoit du sang qui s'y mêle une couleur rouge, tirant sur le noir, et quelquefois elle finit par former avec lui une pâte sèche et friable, d'un rouge brun.

La matière encéphaloïde se montre dans le poumon rassemblée en masses arrondies, divisées intérieurement par un tissu cellulaire rougeâtre, délié, pénétrées de petits vaisseaux qui se ramifient dans leur intérieur ; les unes sont sans kystes, et bosselées à leur surface externe ; les autres sont entourées d'un kyste à parois d'un blanc grisâtre, argenté ou laiteux, demi-transparentes, d'une demi-

(1) Bayle, *Op. cit.*

ligne d'épaisseur, semblables à des cartilages, mais plus molles.

On a recueilli trop peu d'exemples de phlegmasie chronique du poumon, avec production de matière encéphaloïde dans ce viscère, pour qu'il ne soit pas utile de rapporter succinctement ici le fait suivant observé par Bayle.

Un charbonnier âgé de cinquante-sept ans avait éprouvé une *gêne de la respiration*, accompagnée par intervalle d'une *toux* sèche, revenant par quintes, et des *douleurs* dans la poitrine; la peau avait pris insensiblement une couleur jaunâtre terne; le dixième mois, elle était devenue âpre, sèche, terreuse; la toux déterminait une *expectoration pituiteuse* peu abondante; le onzième mois il survint un *crachement de sang* qui dura dix-sept jours; au quinzième mois, les forces n'étaient pas encore très-diminuées, l'*expectoration* paraissait être *purulente*, et il y avait de *vives douleurs* de poitrine que le malade comparait à celles que détermine la pression des testicules; il survint un malaise général, de la fièvre, une douleur sourde dans presque toute la poitrine; impossibilité de se coucher sur les côtés; douleur vive, surtout à droite, près du tiers inférieur du sternum; toux fréquente, expectoration purulente mêlée de flocons d'un blanc laiteux; pouls grand, développé, fréquent; ensuite il survint des signes de gastro-entérite exaspérée qui durèrent pendant une quinzaine de jours, après lesquels la toux et l'expectoration reparurent et augmentèrent; pendant un mois les crachats devinrent

de plus en plus abondans et manifestement purulens ; un autre mois s'écoula, la maigreur parvint au degré du marasme, et le sujet mourut après dix-huit mois de maladie.

Qui peut méconnaître dans ces symptômes ceux qu'on a désignés comme signes de la phthisie pulmonaire, et qui peut n'y pas voir ceux de l'inflammation du poumon ?

A l'ouverture du cadavre on trouva dans le poumon gauche six tumeurs encéphaloïdes, et dans le poumon droit un très-grand nombre de tumeurs semblables, dans plusieurs desquelles la matière était ramollie.

12° Des *cartilages* accidentels se rencontrent quelquefois dans le poumon, non pas isolément, mais dans les parois des kystes que ce viscère recèle assez souvent, quand il contient des matières tuberculeuse, mélanique ou encéphaloïde, ou des hydatides.

13° La *matière lithoïde* (1), tantôt sèche et semblable à un fragment d'os ou à de la pierre, tantôt semblable à de la craie humide, tantôt enfin molle et comme délayée dans l'eau, se trouve : 1° Dans les parties cartilagineuses des kystes que renferment les poumons, et alors on lui donne le nom d'*ossifications* accidentelles ; 2° Dans la substance même des poumons, soit en petites masses arrondies, grosses au plus comme une noisette, entourées d'un kyste cartilagineux, parfois pétreux ou

(1) *Concrétions calculeuses, osseuses, pétrées, crétacées.*

osseux lui-même, soit en masses irrégulières, sans kyste environnant; 3° au centre des masses de matière tuberculeuse.

Aucun symptôme ne se rattache directement à l'existence de cette matière dans le poumon; mais de deux sujets dans lesquels Bayle a trouvé de ces concrétions, l'un d'eux mourut dans le marasme, au bout d'un an de maladie, pendant laquelle il avait éprouvé de la douleur derrière le sternum, une toux violente, et expectoré des crachats visqueux, striés de sang, du sang, des concrétions calculeuses, puis des crachats puriformes. En l'autre on trouva, dans les bronches et dans le poumon, de nombreuses petites masses de matière crètacée enkystées, et trois petites excavations intérieurement enduites de pus.

14° Outre les *kystes* renfermant des matières tuberculeuse, mélanique, encéphaloïde ou lithoïde dont il a été parlé plus haut, on trouve, mais rarement, dans le poumon, des kystes ou poches membraneuses, séreuses ou muqueuses et fibro-cartilagineuses, parfois osseuses, contenant une matière molle ou liquide, autre que celles dont il vient d'être fait mention. Morgagni n'en a observé qu'un seul; Laennec en a trouvé trois ou quatre dont le plus volumineux était en partie ossifié, traversé par des arêtes osseuses, revêtu intérieurement d'une substance albumineuse ou fibrineuse d'un blanc jaunâtre, et rempli d'un liquide jaunâtre puriforme.

15° La *gangrène*. Elle est non circonscrite ou circonscrite, et très-rare dans les deux cas:

1° La gangrène *non circonscrite*. Quand elle a lieu, la substance du poumon est dense comme dans l'engouement, d'un blanc sale et verdâtre, ou d'un vert foncé noirâtre, parfois mêlé de brun et de jaune terreux, avec des stries et des points d'un rouge livide; elle est plus humide, plus friable que pendant l'état normal, ramollie, réduite en putrilage sur quelques points, et si on l'incise on en voit découler un liquide d'un gris verdâtre, trouble, extrêmement fétide.

Ce mode de gangrène n'a point de limites fixes : il se confond insensiblement avec les parties demeurées saines, et avec les parties engouées et quelquefois hépatisées qui l'environnent; il peut occuper un lobe presqu'entier et même la majeure partie du poumon.

2° La gangrène *circonscrite*. Elle n'occupe qu'une petite partie du poumon. On l'observe sous forme d'escarres irrégulières, d'un noir tirant sur le vert, compactes, dures, humides, exhalant l'odeur gangréneuse, quelquefois en partie ou en totalité isolées de la substance pulmonaire environnante, d'autres fois encore adhérentes, mais converties en une bouillie d'un gris verdâtre, parfois sanguinolente, toujours d'une fétidité excessive, et rendue en partie par les crachats. Dans ces deux derniers cas il existe une excavation (1) dans le poumon pour chacune de ces escarres. Le tissu pulmonaire est engoué ou hépatisé autour et dans

(1) *Excavation gangréneuse.*

l'épaisseur des parois des cavités que leur isolement ou leur ramollissement laisse dans le poumon. Après leur chute, soit qu'elles tombent à l'état de sécheresse, soit qu'elles tombent ramollies, les parois de la cavité s'enflamment de nouveau ou subissent un redoublement d'inflammation; elles sont d'un demi-pouce à un pouce environ d'épaisseur, tantôt molles, humides, putrilagineuses, friables, tantôt fermes, sèches, criant sous le scalpel, d'un rouge brun grisâtre ou d'un gris mêlé de jaune, et grenues à la coupe; la cavité se revêt d'une membrane accidentelle, molle, opaque, grisâtre ou d'un jaune sale, qui secrète un pus trouble, gris ou jaune, et d'odeur gangréneuse ainsi que les parois de la cavité. Cette membrane s'interpose quelquefois autour de l'escarre, et détermine la chute de celle-ci; elle sert parfois de moyen de cicatrisation pour les parois; d'autres fois on ne l'observe point, et celles-ci sécrètent directement le pus indiqué plus haut. Des vaisseaux intacts, mais dénudés, traversent quelquefois la cavité; d'autres fois ces vaisseaux sont rompus, et leurs orifices, encore visibles, ont versé le sang que l'on y trouve coagulé.

Quand l'escarre gangréneuse s'étend à la surface du poumon, elle peut, en se détachant, établir une communication entre la cavité qui résulte de sa chute et celle de la plèvre, de telle sorte que celle-ci communique par les bronches avec l'extérieur, ainsi qu'il sera dit dans le chapitre suivant.

Si la gangrène survient dans le cours d'une in-

flammation aiguë on observe d'abord les symptômes d'une phlegmasie peu intense du poumon ; déjà il y a de la prostration et de l'anxiété, bien que tout annonce une maladie non-seulement légère, mais encore peu étendue ; quelquefois de vives douleurs se font sentir dans la poitrine, et le sang est craché avec abondance, le teint devient plombé, le malade s'affaiblit tout-à-coup, tombe dans la prostration la plus complète, les douleurs cessent, l'oppression augmente ou disparaît elle-même, le pouls est petit, faible, et très-fréquent, la toux fréquente et peu forte ; les crachats sont d'abord muqueux, d'un blanc laiteux, opaque et exhalent une odeur fétide, fade, puis jaunes, verdâtres, noirs, brunâtres, grisâtres, diffluens, alors ils exhalent l'odeur gangréneuse, l'expectoration dure peu, et le malade périt par la suffocation.

Si la gangrène survient dans le cours d'une inflammation chronique, l'accélération du pouls est constante, mais point très-intense, la chaleur de la peau est parfois mordicante, l'haleine exhale la même odeur fétide que les crachats, et cette odeur se fait sentir au loin ; la mort arrive avant que la maigreur soit portée très-loin.

Les signes que le cylindre peut faire découvrir dans le cas de gangrène du poumon sont tout-à-fait relatifs à l'état d'inflammation aiguë ou chronique, d'engoument, d'hépatisation, d'abcès ou d'excavation de ce viscère ; la résonnance caverneuse de la voix, dans ce dernier cas, est plus nette et plus forte que lorsque la cavité accidentelle provient d'un

abcès; il n'y a ni souffle dans l'oreille, ni souffle voilé.

C. Aux vaisseaux du poumon.

Riolan a trouvé les veines pulmonaires variqueuses. Les vaisseaux du poumon sont comprimés, oblitérés, dans les parties de ce viscère où ils sont en contact avec les tumeurs très-consistantes qui s'y développent; dans celles où le tissu pulmonaire est hépatisé (1) et lorsque le poumon est comprimé d'une manière quelconque; leur rupture est fort rare.

§ II. De la stase du sang dans le poumon.

1978. Le sang séjourne dans le poumon au-delà du temps nécessaire à la fonction de ce viscère, toutes les fois que le mouvement respiratoire est suspendu ou ralenti, par défaut ou par excès d'action nerveuse, par l'absence ou les mauvaises qualités de l'air, par la présence d'un gaz non respirable ou de tout autre corps étranger dans les bronches, par la compression des voies aériennes ou du poumon, ou enfin par la présence d'un obstacle quelconque au cours du sang entre les radicules des veines pulmonaires et le cœur, dans les cavités gauches du cœur lui-même, dans l'aorte, dans un vaisseau artériel considérable quelconque, ou enfin dans tout viscère qui reçoit ordinairement beaucoup de sang.

1979. Une gêne considérable de la respiration,

(1) Cruveilhier, *Op. cit.*

avec ou sans efforts visibles des parois de la poitrine pour dilater cette cavité, la brièveté de la parole, la rougeur graduellement croissante, et le gonflement de la face, la plénitude, l'embarras, la rareté et la dureté du pouls manifestent d'abord la stase du sang au poumon; si elle continue on voit promptement survenir les phénomènes de la stase de ce liquide au cerveau.

1980. Il y a d'importantes recherches à faire sur cet état morbide du poumon, dont les physiologistes se sont seuls occupés (1), et que les praticiens négligent d'étudier, quoiqu'ils en prononcent fréquemment le nom dans leurs explications, sans y attacher aucune idée précise.

1981. A l'ouverture des cadavres de sujets morts par suite de la stase du sang dans les poumons, on trouve ces viscères gorgés d'un sang noir et liquide qui ruissèle à la surface de chacune des incisions qu'on y pratique.

1982. C'est à la stase du sang qui s'opère à la partie postérieure du poumon pendant les dernières scènes de l'agonie, et même après la mort lorsque ce liquide encore chaud gagne la partie déclive du corps, qu'est dû ce qu'on appelle l'*engorgement sanguin cadavérique* du poumon, état dans lequel les parties les plus déclives de ce viscère sont d'une couleur livide ou vineuse, humides, gorgées de sang mêlé de sérosité souvent écumeuse, encore un peu crépitantes, là même où l'engorgement est le

(1) Bourdon, *Physiologie médicale*; Paris, 1828, 2 vol. in-8°.

plus considérable, non granuleuses à la coupe, et réductibles, par le lavage, à la flaccidité d'un poumon comprimé par un épanchement dans la plèvre. L'engorgement n'est point circonscrit; il est plus marqué près de la surface dorsale du poumon, et il diminue graduellement de bas en haut.

§ III. De l'épanchement sanguin dans le poumon (1).

1983. Nous avons parlé dans le chapitre précédent du crachement de sang provenant d'une lésion des bronches; il s'agit ici de l'épanchement du sang dans le tissu pulmonaire, du crachement de sang qui en est ordinairement l'effet, et de la mort qui en est quelquefois le prompt résultat.

1984. Tout ce qui peut accélérer le mouvement circulatoire et suspendre en même temps le mouvement respiratoire, augmenter la quantité du sang et le rendre plus stimulant, stimuler vivement le cœur et irriter le poumon: les extrêmes de la température, la chaleur vive autant que le froid violent, l'abus des alimens substantiels et des boissons fermentées, le coït exercé fréquemment, coup sur coup ou après des efforts pour vaincre une résistance quelconque, enfin les altérations profondes de structure du poumon et les maladies du cœur, sont autant de circonstances favorables à l'épanchement du sang dans la substance du premier de ces viscères.

(1) *Pneumorrhagie. Apoplexie pulmonaire.* — Haller, *Opus. pathol.* — Corvisart, Laennec, *Op. cit.*

1985. Une gêne excessive de la respiration, une toux vive et opiniâtre qui semble due à une irritation intense du larynx, un sentiment d'anxiété ou de chaleur vaguement répandu dans la poitrine; un pouls fréquent, large, élevé, vibrant, redoublé, la pâleur ou la rougeur insolites de la face, le refroidissement des extrémités, un sentiment désagréable de froid et de chaleur mélangés à la peau, un goût de sang dans la gorge, tels sont les symptômes qui précèdent ordinairement l'épanchement du sang dans le tissu du poumon, mais qu'on ne peut donner comme signes précurseurs, parce qu'ils n'ont rien de spécial ni de caractéristique.

Vient enfin le crachement de sang : ce liquide est ordinairement rouge, écumeux, quelquefois noir et caillé, toujours mêlé de salive et de mucosités; rarement il est expectoré une fois seulement. Ordinairement le crachement de sang cesse, mais le sentiment de douleur et de chaleur, le goût sanguin, l'oppression et l'anxiété continuent, le sujet garde le silence, de peur de renouveler l'hémorrhagie, puis la toux survient, le besoin de cracher se fait sentir, et le sang est expectoré de nouveau. A une toux légère succède parfois un crachement involontaire si abondant et si impétueux que le sang paraît être plutôt vomi qu'expectoré, et sort par le nez comme par la bouche, en partie rouge et liquide, en partie noir et caillé, et parfois si copieux qu'on conçoit difficilement que les bronches aient pu en contenir autant.

Le sujet rend une, deux, quatre, six onces, une

ou plusieurs livres, quelquefois même jusqu'à cinq livres de sang, en vingt-quatre heures. Rhodius et Laennec en ont vu expectorer jusqu'à trente livres en quinze jours.

1986. Quelle que soit l'abondance du crachement de sang, et quoique le plus souvent les hémorrhagies copieuses de ce genre soient dues à l'épanchement du sang dans le tissu pulmonaire, les signes qui viennent d'être indiqués ne suffisent point pour qu'on affirme que cet épanchement a lieu.

1987 Quand l'épanchement du sang dans le poumon est peu étendu ou situé dans un point de la poitrine où la percussion n'est d'aucun secours, on ne peut s'assurer de son existence par ce moyen d'exploration. Quand il occupe une partie suffisamment étendue du poumon, on entend un son mat, là où il réside ; et, dans ce même endroit, le cylindre ne fait point entendre le bruit respiratoire ; autour de ce point et au début on entend le râle crépitant, plus tard on cesse de l'entendre ; on entend d'ailleurs le râle muqueux à très-grosses bulles formées de matière liquide et crèvant très-souvent, vers la racine des poumons, comme dans les cas où le sang provient des bronches.

Lorsque le crachement de sang est peu abondant, les signes qui viennent d'être indiqués ne peuvent faire distinguer s'il s'agit seulement d'un épanchement sanguin dans le poumon ou d'une inflammation de ce viscère. Pour toute ressource Laennec veut qu'on ait recours aux symptômes lo-

caux et généraux, tout-à-fait différens, suivant lui, dans l'un et l'autre cas.

Cette différence n'est pas si considérable qu'il le prétend, et lorsque l'épanchement sanguin et l'inflammation du poumon coexistent, rien, quoiqu'il en dise, ne peut aider à démêler une semblable complication; comment en effet croire qu'un épanchement de sang abondant et peu étendu dans le poumon ne puisse déterminer la fièvre, puisqu'il rend le pouls fréquent, large et vibrant?

1988. L'épanchement de sang dans le poumon ne donne quelquefois lieu qu'à une seule expectoration de sang; le plus ordinairement il en résulte un crachement sanguin qui dure plusieurs jours. Quelquefois l'épanchement est si abondant, si subit et si étendu que le sujet périt subitement et sans cracher du sang. D'autres fois enfin la perte de sang est si copieuse que le sujet meurt d'hémorrhagie, après huit ou quinze jours.

1989. A l'ouverture du cadavre on trouve, dans une étendue d'un à quatre pouces cubes, le tissu du poumon plus dur, aussi peu crépitant et moins humide que lorsqu'il est hépatisé, d'un rouge noir très-foncé, homogène dans son aspect, sans traces d'intersections celluleuses, ni de taches noires; les bronches et les plus gros vaisseaux sont seuls apparens; les parois de ces derniers sont teintes de sang; les veines sont pleines de sang caillé; la partie où s'est faite l'épanchement est aussi dense, aussi imperméable sur ses bords qu'à son centre; l'infiltration sanguine cesse brusquement, des li-

gnes droites la limitent; si l'on racle cette partie, on en obtient une petite quantité de sang noir et caillé; les granulations sont plus volumineuses que dans l'hépatisation; on trouve quelquefois au centre ramolli de la partie qui a subi cette altération un caillot de sang pur dont le poids peut aller jusqu'à une livre. Corvisart a vu un cas dans lequel le tissu déchiré du poumon avait en outre versé du sang dans la plèvre.

Autour de la partie qui est le siége de l'épanchement, le tissu pulmonaire est ordinairement tout-à-fait élastique et crépitant, souvent très-pâle, quelquefois rosé, rouge, infiltré ou teint de sang vermeil.

Il existe quelquefois deux ou trois engorgemens sanguins tels que ceux qui viennent d'être décrits; on les trouve souvent dans les deux poumons, et pour l'ordinaire à la partie postérieure et moyenne de ces viscères.

Le lavage ne détruit point l'épanchement hémorrhagique du poumon, comme il le fait pour l'engouement cadavérique.

1990. Il est probable que l'épanchement de sang dans le poumon est susceptible de résolution, puisque les crachemens de sang les plus abondans n'abrégent pas toujours la vie, mais il est aussi probable que cet épanchement est l'origine d'autres altérations plus profondes ou au moins chroniques de ce viscère.

Au reste, il y a bien peu de distance entre cet état et l'inflammation des vésicules bronchiques.

§ IV. De l'épanchement séreux dans le poumon (1).

1991. L'hydropisie du poumon survient le plus souvent : chez des sujets affectés d'hydropisie d'autres parties ; lors de la terminaison fâcheuse des maladies inflammatoires aiguës, prolongées ; aux approches de la terminaison des maladies du cœur ; peu après une inflammation grave du poumon ; dans le cours des bronchites chroniques, surtout de celles qui donnent lieu à une abondante expectoration pituiteuse ; enfin dans le cours ou au déclin des phlegmasies de la peau, et surtout de la rougeole.

1992. Ordinairement cet état s'annonce par la gêne de la respiration, une toux légère, l'expectoration quelquefois abondante d'une matière presque aqueuse ; quelquefois aussi il n'y a point d'expectoration notable ; dans d'autres cas, les crachats se composent d'une pituite incolore, semblable à du blanc d'œuf dissous dans l'eau, mêlée à de nombreuses bulles d'air, plus liquide et moins visqueuse que dans le cas de pneumonite, quoique faisant la nappe dans le vase. A ces crachats se joignent ceux que détermine l'inflammation du poumon, quand elle coexiste avec l'hydropisie de ce viscère.

Les symptômes qui viennent d'être indiqués sont

(1) *OEdème, hydropisie, infiltration séreuse du poumon. Hydropneumonie.* — Albertini, *Com. de Bon.* — Barrère, *Observations anatomiques* ; Perpignan, 1753. — Laennec, *Op. cit.*

tout-à-fait insuffisans pour faire reconnaître cette maladie. Avec le cylindre on s'assure que, malgré les efforts que le sujet fait pour respirer et malgré l'ample dilatation du thorax, le bruit respiratoire est faible, et l'on entend un léger râle crépitant, moins sec, plus humide et à bulles plus grosses que dans le premier degré de la pneumonite. Ces signes ne sont pas non plus bien caractéristiques; il faut y joindre l'absence des autres symptômes de l'inflammation du poumon. Mais quand l'hydropisie occupe une partie très-étendue de ce viscère, et lorsque l'engorgement séreux est considérable, la poitrine rend en cet endroit un son moins clair; une légère bronchophonie se manifeste même, surtout à la racine des poumons, de telle sorte qu'il ne reste plus pour décider qu'il y a infiltration séreuse et non infiltration séro-sanguine, que la persistance prolongée du râle crépitant et l'absence des signes généraux de l'inflammation.

Quoiqu'en dise Laennec, lorsque celle-ci se joint à l'hydropisie, le départ des signes de l'une et de l'autre n'est guère possible.

Quand l'hydropisie du poumon se trouve réunie à l'emphysème de ce viscère, on ne peut guère reconnaître que ce dernier, à moins qu'en disant au malade de tousser fortement ou de retenir longtemps son haleine, on ne parvienne à entendre le râle crépitant.

1993. A l'ouverture des cadavres on trouve, lorsque l'hydropisie est ancienne et s'étend à tout un poumon, le tissu pulmonaire d'un gris pâle ou

d'un jaune fauve pâle, plus dense et plus pesant, mais aussi crépitant et conservant mieux l'empreinte du doigt que dans l'état normal, enfin gorgé d'une sérosité abondante, transparente, à peine écumeuse, incolore ou légèrement fauve, qui ruissèle lorsqu'on pratique des incisions dans le tissu altéré. Ordinairement il n'existe point d'engorgement sanguin cadavérique.

Si l'hydropisie est récente, la sérosité infiltrée est très-écumeuse; souvent on trouve en même temps des points d'infiltration séro-sanguine ou même d'hépatisation, et autour de ces points le *passage insensible et graduel* de la péripneumonie à l'œdème (*Laennec*).

Si l'hydropisie est survenue aux approches de la mort, elle est ordinairement partielle; elle occupe les parties postérieures et inférieures des poumons, et plus bas encore on trouve ordinairement les traces de l'engorgement sanguin cadavérique.

Dans tous les cas la texture vésiculeuse du poumon est reconnaissable, au moins après qu'à la faveur des incisions une quantité notable de sérosité s'est écoulée.

§ V. Des hydatides du poumon (1).

1994. Nous avons parlé des kystes du poumon

(1) Johnson, *Abrégé des trans. phil.*, VII. — Collet, *Com. de reb. in Scient. natur.*, XIX. — Baumes, *Annales de Montpellier*, I. — Laennec, *Op. cit.*

contenant diverses matières : il s'agit dans cette section des kystes hydatidiques.

1995. Laennec range parmi les *acéphalocystes*, espèce de vers décrite au chapitr edes maladies du foie, toutes les hydatides qui ont été trouvées dans le poumon. On ne peut assigner les signes de la présence de ces vers ; c'est pourquoi je me bornerai à présenter le sommaire de quelques cas de ce genre.

1996. Un jeune homme éprouve, à l'âge de dix-huit ans, une péripneumonie qui guérit parfaitement. A vingt ans, excès de coït, fatigues de la guerre, maux vénériens ; à vingt-quatre ans, rhume violent, opiniâtre, vives douleurs au côté gauche, impossibilité de se coucher sur ce côté ; le rhume cesse, et avec lui les douleurs, mais celles-ci se renouvellent pour la plus légère cause. En juillet 1800, ictère qui dure trois mois, sortie de petites portions de ténia ; retour de la douleur de côté, toux sèche et violente; ces deux symptômes diminuent ; peu après une petite tumeur se fait sentir au malade dans l'hypochondre droit, puis se manifeste au dehors ; retour de la toux sèche avec oppressions momentanées, la tumeur s'accroît et semble se rapprocher de l'ombilic ; la douleur de côté cesse, des douleurs se font sentir dans le ventre et à la tête. En mai 1803, le sujet est fort maigre, il est pâle, jaunâtre ; la tumeur peut à peine être embrassée à moitié par la main, elle ne cède point à la pression du doigt, sa surface semble très-lisse ; elle peut facilement être portée à droite et à gauche ; la peau qui

la recouvre est colorée comme à l'ordinaire ; les muscles droits sont contractés, les battemens du cœur sont visibles à l'épigastre ; le sujet se plaint d'un étouffement et d'un tremblement continuels, d'un sentiment de strangulation et d'une sorte de baillement quand il monte un escalier ; il éprouve des faiblesses fréquentes, tousse de temps en temps et crache parfois du sang ; il est mieux quand la température est douce, plus mal quand l'air est froid ; l'appétit est bon, quelquefois excessif ; le sommeil est agité, mais réparateur, le pouls normal, l'urine peu chargée, les selles rares. En janvier 1804, la gêne de la respiration et les autres symptômes augmentent. En mai, améliorations passagères. En juin, deux accès de suffocation à un jour d'intervalle ; le sujet fait dix lieues en voiture ; rentré chez lui il setrouve mieux, ils tousse légèrement, et, quelques heures après, il périt suffoqué.

On trouva : dans le lobe gauche du foie, un kyste contenant des acéphalocystes, en partie saillant dans l'abdomen ; le cœur déprimé vers l'épigastre ; les deux poumons réduits à une feuille très-mince et refoulés en avant contre les cartilages des côtes, par deux tumeurs, situées derrière eux, étendues l'une et l'autre depuis le sommet de la poitrine jusqu'au diaphragme, intimement adhérentes aux côtes et à la totalité du médiastin, également tendues et fluctuantes, formées d'une membrane blanche, fibreuse, mince, très-résistante, renfermant chacune une énorme hydatide longue

de onze pouces, et contenant elle-même deux pintes trois quarts de liquide limpide (1).

Il est fort douteux que ce fussent là en effet deux hydatides : rien d'analogue n'a été publié sur ces vers singuliers ; mais l'autorité de Laennec nous a paru justifier suffisamment la place que nous accordons à ce fait.

1997. Sur six mille malades traités dans l'espace de six ans, trois fois Andral a pu constater par l'ouverture du cadavre la présence des acéphalocystes dans le poumon lui-même. Dans deux cas, elles constituaient la seule affection dont ce viscère fût le siége, et dans l'un on n'avait observé pendant la vie que les symptômes d'une double pneumonie chronique, tandis que dans l'autre les poumons n'avaient point paru lésés pendant la vie. Dans le troisième cas, les acéphalocystes s'étaient développées dans un poumon plein de tubercules, et rien de caractéristique n'en avait révélé l'existence.

Dans un quatrième cas, des acéphalocystes furent trouvées dans les veines pulmonaires, chez un sujet qui avait présenté les signes d'un anévrysme du cœur, lequel fut constaté lors de l'ouverture du cadavre. Il sembla d'abord que ces hydatides étaient logées dans la substance du poumon, mais on s'aperçut qu'elles résidaient dans les veines pulmonaires. Dans ce cas comme dans un autre, le foie contenait également des hydatides. Un cinquième sujet qui offrait des symptômes propres à faire pré-

(1) Geoffroy, *Bull. de l'Ec. de méd.*, 1805.

sumer l'existence des tubercules dans le poumon, expectora un large fragment de membrane roulée sur elle-même, qui étant déroulée avait à peu près la largeur de la paume de la main, et l'aspect caractéristique des acéphalocystes; ensuite il cracha du sang, fut saigné, se trouva mieux et sortit de l'hôpital, de telle sorte que le diagnostic de ce cas n'est que probable.

§ VI. De l'emphysème du poumon (1).

1998. Il s'agit ici, non de la dilatation des dernières ramifications bronchiques (2), mais de la présence de l'air dans le tissu cellulaire inter-vésiculaire (3), par suite de la rupture des parois des vésicules. Cette extravasation de l'air n'est qu'un accident de la dilatation des vésicules bronchiques et n'offre point de symptômes spéciaux. On ne la reconnaît qu'à l'ouverture du cadavre, où l'on trouve à la surface du poumon des ampoules irrégulières, dont le volume varie depuis celui d'un grain de chenevis jusqu'à celui d'un œuf, que l'on déplace aisément en les pressant latéralement avec le doigt, et qui s'affaissent dès qu'on les ouvre à l'aide d'une aiguille.

1999. Laennec a observé des *ruptures* internes du tissu pulmonaire; on voyait, dans le point du

(1) *Infiltration gazeuse dans le tissu pulmonaire.*

(2) *Emphysème vésiculaire.*

(3) *Enphysème inter-vésiculaire.*

poumon où elles s'étaient opérées, une bosselure irrégulière qui correspondait à une cavité d'où s'échappait de l'air à l'instant où le scalpel y pénétrait; cette cavité contenait quelquefois une petite quantité de sang caillé ou liquide, et ses parois étaient formées par le tissu vésiculaire affaissé, tandis qu'autour les vésicules étaient dilatées.

2000. L'air peut aussi s'infiltrer presqu'instantanément dans les lobules du poumon; alors les cloisons celluleuses de ceux-ci sont épaisses d'une à cinq ou six lignes, et même de près d'un pouce; elles forment à la surface et près des bords du poumon, des bandes transparentes, incolores, exactement circonscrites, qui pénètrent, en s'amincissant, profondément dans le tissu pulmonaire, ou le traverse en divers sens; d'autres fois, l'air infiltré forme une sorte de chapelet de bulles transparentes le long des vaisseaux; ces bulles se trouvent en grand nombre sous la plèvre. Quand cette infiltration gazeuse a lieu vers la racine du poumon, elle s'étend promptement au médiastin, au cou et au tissu cellulaire général.

Cet état est toujours, selon Laennec, l'effet d'un effort violent, qui a produit la rupture de plusieurs vésicules bronchiques, sans que l'on puisse reconnaître le lieu où cette lésion s'est opérée, tels sont ceux que l'on fait dans l'accouchement, en allant à la garde-robe, pour soulever un fardeau, et dans les violentes inspirations qui accompagnent la laryngite et la bronchite très-intenses, surtout chez les enfans.

Laennec n'a jamais vu cet *emphysème* qu'il appelle *interlobulaire*, réuni à l'*emphysème intervésiculaire* qui a été décrit plus haut.

2001. Il assigne comme caractère tout-à-fait distinctif de l'emphysème interlobulaire le *râle crépitant sec à grosses bulles*, très-manifeste, continuel ou à peu près, et en même temps la sensation d'un ou de plusieurs corps qui monteraient pendant l'inspiration ou descenderaient pendant l'expiration; tantôt on entend un seul de ces frottemens, et c'est le plus souvent celui de l'expiration; tantôt les deux se font entendre alternativement; ils ont lieu ordinairement le long des côtes, quelquefois contre le diaphragme, le médiastin, ou entre les lobes pulmonaires; quelquefois en outre la main appliquée à la poitrine distingue une crépitation sensible; la poitrine résonne bien d'ailleurs; souvent l'emphysème se manifeste au cou, et plus au loin encore.

Une gêne considérable de la respiration aussitôt après un effort violent, la persistance de la difficulté à respirer dans la convalescence de la laryngite ou de la bronchite aiguës, enfin une sorte de craquement que les sujets disent éprouver dans la poitrine, tels sont les seuls symptômes et les signes très-équivoques de cet emphysème.

§ VII. De l'hypertrophie du poumon.

2002. Laennec a désigné sous le nom d'hypertrophie des poumons l'état d'un de ces viscères lors-

qu'il subit une augmentation notable de volume, par suite de l'inaction à laquelle le poumon du côté opposé se trouve réduit pendant au moins quelques mois; alors le tissu du poumon agrandi est plus ferme, plus élastique, et au lieu de s'affaisser, à l'instant où l'air pénètre dans la poitrine ouverte, il s'en échappe en partie dès que l'ouverture est pratiquée. D'autres fois on trouve le tissu pulmonaire ferme et élastique, immédiatement après la résolution de la pneumonite.

2003. Il y a des recherches à faire sur cet état peu connu, et qui ne s'annonce sur le vivant par aucun signe spécial.

§ VIII. De l'atrophie du poumon.

2004. Lorsqu'un épanchement durable de matière quelconque a lieu dans la cavité de la plèvre, le poumon se trouve refoulé le long de la colonne vertébrale et du médiastin, tellement aminci, rapetissé, que plus d'une fois, en pareil cas, on l'a cru détruit. Ainsi comprimé, ce viscère devient ordinairement grisâtre, pâle, quelquefois rougeâtre; flasque, mou, dense, non crépitant, imperméable à l'air; ses vaisseaux sont aplatis, souvent vides; sa texture est encore appréciable. Si la matière épanchée dans la plèvre vient à disparaître, le poumon se dilate, redevient crépitant et propre à la respiration; mais, quand la compression a été considérable et prolongée, il ne recouvre jamais tout le volume qu'il avait primitivement.

2005. Le volume du poumon dépendant de l'élasticité des parois des bronches et de leurs ramifications, on ne peut qu'improprement donner le nom d'atrophie au rapetissement que lui fait éprouver la compression.

2006. On trouvera dans le chapitre suivant, à l'occasion de la pleurésie, les signes auxquels on peut reconnaître sur le vivant le rapetissement du poumon.

§ IX. Des névralgies du poumon.

2007. Les inflammations du poumon sont bien peu douloureuses, et pourtant on a supposé que des douleurs vives, quelquefois très-aiguës, passagères ou de longue durée, intermittentes ou continues, tantôt bornées à un seul point, tantôt étendues à une grande partie de la poitrine, tantôt fixes, tantôt mobiles, ressenties à la région antérieure de la poitrine et irradiant dans la direction connue des nerfs intercostaux, des nerfs thoraciques antérieurs, du plexus brachial et de ses branches, ou fixées profondément entre la colonne épinière et l'omoplate et irradiant dans la direction du nerf grand sympathique; on a supposé, dis-je, que ces douleurs qui durent ou vont et viennent pendant des mois, des années, étaient dues à l'irritation primitive des nerfs qui viennent d'être nommés. Lorsqu'il n'existe d'ailleurs aucun autre symptôme qui puisse faire soupçonner l'inflammation aiguë ou chronique de la plèvre, des bronches ou du pou-

mon, rien ne s'oppose à ce qu'on adopte cette consolante théorie.

2008. Toutes les fois que des douleurs vives errantes se font sentir dans les parties de la poitrine qui correspondent au poumon, il faut, après s'être assuré de la présence ou de l'absence des phénomènes caractéristiques de toute inflammation des organes respiratoires; il faut, surtout si ces douleurs se font sentir dans le dos ou derrière les mamelles, il faut, dis-je, avant de supposer une névralgie, s'assurer si ces douleurs ne proviennent pas, ainsi qu'il arrive souvent, soit de la présence d'une trop grande quantité absolue ou relative d'alimens, de boissons, de substances irritantes ou de gaz dans l'estomac, soit de l'inflammation chronique de ce viscère, du duodénum du foie ou des reins.

§ X. Des spasmes du poumon.

2009. Indépendamment des circonstances où la respiration est gênée, par suite de l'état inflammatoire, hémorrhagique, hydropique, emphysémateux, ou de la compression des voies aériennes, du poumon et de la plèvre, cette fonction ne s'exerce qu'avec difficulté dans les cas de convulsions ou de spasmes généraux des muscles. Alors, s'il n'existe point de signes de trouble dans la circulation, ni de stase du sang dans le poumon, on est porté à faire dépendre la gêne de la respiration d'un trouble dans l'influence nerveuse. Cela paraît surtout être ainsi lorsqu'il survient tout à coup un sentiment d'étouf-

sement avec anhélation, à l'occasion d'une émotion vive, chez un sujet très-sensible; mais à l'exception des sensations bien réelles des malades, tout le reste n'est que pure hypothèse.

§ XI. De l'atonie du poumon.

2010. On peut considérer comme une atonie du poumon l'état où ce viscère se trouve quand un gaz impropre à entretenir la respiration est substitué à l'air atmosphérique qui est son aliment de tous les instans. Mais il faut pour cela supposer que cette substitution ne détermine aucune irritation dans les voies aériennes, et cela est fort douteux quand on considère les mouvemens convulsifs qui se manifestent le plus ordinairement. Dira-t-on que les poumons sont dans l'atonie chez un homme qu'on étrangle?

2011. Ces états violens où un viscère se voit arraché tout à coup à son stimulant indispensable ou s'en trouve long-temps privé, n'ont pas encore été assez bien observés pour qu'il soit possible de dire au juste quelles modifications organiques en résultent.

2012. Il n'y a pas, à proprement parler, atonie du poumon dans les paralysies dues à une lésion de la moelle épinière ou du cerveau, d'où résulte la gêne de la respiration, cependant on ne peut attribuer celle-ci qu'à la diminution de l'influence nerveuse.

§ XII Des altérations de la respiration.

3013. S'il fallait parler des troubles de la respiration, à l'occasion de chacun des organes dont la lésion peut causer du dérangement dans cette fonction, il faudrait en traiter dans chaque chapitre de cet ouvrage ; il est par conséquent naturel de résumer les modifications morbides qu'elle peut subir, après en avoir fini avec les altérations que le poumon lui-même peut éprouver.

2014. Chez des personnes qui passent d'ailleurs pour se bien porter, on observe une gêne habituelle dans la respiration; chez d'autres, cette gêne est tellement manifeste, que chacun s'en aperçoit; quelquefois elle est si peu apparente que le médecin attentif peut seul la distinguer, et le sujet s'étonne que l'on croie sa respiration gênée. D'autres fois cette gêne revient ou s'exaspère par accès qui peuvent aller jusqu'à menacer de suffocation. Ces divers cas sont ceux qu'on désigne, dans le langage ordinaire, sous le nom de *courte-haleine*, et parmi les médecins et les personnes qui aiment à répéter un mot dont elles ignorent la signification, sous celui d'*asthme* (1).

La gêne chronique bien marquée de la respiration, dépend, le plus souvent des lésions du cœur,

(1) Arétée, *De causis et signis morborum diuturnorum*, L. 1, c. 2. — Floyer, *Traité de l'asthme*, Paris, 1782. — Bree, *Sur les désordres de la respiration*, 1798; trad. de l'anglais, par Ducamp. Paris, 1819. — Corvisart, *Traité des maladies du cœur*; Paris, 1800. — Rostan, *Mémoire*

du péricarde ou des gros vaisseaux, de la plèvre ou du poumon y compris les bronches. Celle qui, moins apparente, n'en est pas moins réelle pour le médecin attentif, dépend le plus ordinairement, d'une altération des bronches, du poumon, de la plèvre, du cœur, du péricarde ou des gros vaisseaux. Cette différence dans la fréquence des causes organiques de la gêne de la respiration, selon que celle-ci est manifeste ou peu prononcée, provient de ce que toutes les fois que le poumon et la plèvre sont assez lésés, assez long-temps altérés, pour qu'il en résulte une gêne habituelle de la respiration, le cœur et ses annexes finissent par s'affecter, la respiration est alors gênée au plus haut dégré, et lorsqu'à l'ouverture du cadavre on trouve les organes de la circulation dilatés, préoccupé de l'opinion de Corvisart, on attribue à l'état de ces organes toute la difficulté que l'on a observée dans la respiration, tandis que le plus ordinairement, leur dilatation est précisément la suite de cette difficulté, d'où résulte de l'embarras dans la circulation.

La gêne intermittente, périodique, régulière ou irrégulière de la respiration, paraît avoir pour cause, au moins dans certains cas, l'affection des nerfs du poumon et de ceux qui concourent à exciter les mouvemens de la glotte, des parois thoraciques et du diaphragme (1). Hohnbaum pense qu'un

sur l'asthme, dans le *nouveau journal de médecine*. — Laennec, Andral, *Op. cit.*

(1) Willis, *De asthmate convulsivo, in Op.* — Morgagni,

épanchement à l'origine de la cinquième paire peut la produire.

En somme, la gêne chronique de la respiration n'est ordinairement qu'un symptôme de lésion des organes de la respiration ou de la circulation; elle dépend quelquefois d'une lésion du cerveau; les lésions de la partie supérieure de la moelle épinière la produisent également (1); elle se manifeste parfois dans le cours des maladies chroniques de l'œsophage, de l'estomac, du foie, de la rate et de l'utérus, des intestins, du péritoine; c'est donc toujours un symptôme à la source duquel il faut remonter, pour soumettre le sujet à un traitement méthodique.

L'action du plomb détermine une gène habituelle de la respiration chez les ouvriers qui travaillent ce métal ou les préparations qu'on lui a fait subir.

Il est encore une gêne habituelle de la respiration qu'il ne faut pas omettre, c'est celle qui dépend soit du rétrécissement ou de l'obstruction par une cause quelconque des cavités nasales, gutturale, laryngée, trachéale ou bronchiques, soit d'une difformité primitive du thorax.

Quelque soit la cause de la gêne habituelle ou périodique de la respiration, le retour des accès ou

Ep. xv, art. 4. — Georget, *Physiologie du système nerveux.* — Bégin, *Mémoire sur l'asthme* dans le *Journ. compl.* — Bourdon, *Mémoire sur le mécanisme de la respiration*, Paris 1820 in-8°, et *Physiologie médicale*, Paris 1828.

(1) Galien, *de Diff. spir.* — Le Gallois, *Expériences sur le siége du principe de la vie.*

les redoublemens de cet état si pénible, sont provoqués principalement par les changemens subits dans l'atmosphère, ordinairement par l'humidité froide, quelquefois par le froid sec, par la chaleur excessive, les phases de la lune; s'il faut en croire Van Helmont, l'air des lieux très-élevés, la fumée, celle du tabac, l'odeur des chandelles éteintes, des graisses fondues, le gaz acide carbonique, l'odeur des roses, l'usage des liqueurs fermentées, des émétiques, des purgatifs, par la menstruation, enfin par le jeûne.

2015. Dans les maladies aiguës, notamment dans celles des organes respiratoires et circulatoires, la respiration est gênée, difficile, laborieuse (1), tellement pénible, qu'il semble que l'on soit sur le point d'être suffoqué, lors même que l'on se tient droit, seule position que l'on puisse garder (2); haute, grande, petite, courte, fréquente, rapide, rare, lente, forte, faible, obscure, douloureuse, anxieuse, suspirieuse (accompagnée de soupirs), plaintive, singultueuse (accompagnée de hoquets), inégale, interrompue, intermittente.

Ces diverses altérations se combinent d'une foule de manières.

En général, plus la respiration offre de caractères opposés à son état normal, et opposés les uns aux autres, et plus l'état du sujet est alarmant.

(1) *Oppression. Dyspnée.*
(2) *Suffocation imminente. Orthopnée.*

2016. La respiration cesse (1), quand l'entrée de l'air atmosphérique dans le poumon vient à être empêchée par une compression ou obstruction de la bouche et des fosses nasales en même temps, du larynx, de la trachée, des bronches, par conséquent du poumon; par le séjour dans l'eau; lorsque l'air atmosphérique est remplacé en grande partie dans le poumon, par un gaz impropre par sa nature ou par sa surabondance à l'entretion de la vie; lorsque l'influence de l'encéphale, de la huitième paire, de la moelle épinière, du grand sympathique ou du cœur, sur le poumon vient à cesser; enfin, lorsque le diaphragme se rompt.

2017. Les bruits respiratoires que l'on entend dans la poitrine chez l'homme sain, changent de caractère ou se font entendre dans des points du thorax où ils n'existaient point, enfin des bruits nouveaux se font entendre dans le thorax, lorsque les bronches, les poumons ou la plèvre viennent à s'affecter.

Ainsi le bruit respiratoire vésiculaire diminue, cesse ou reparait; le bruit respiratoire bronchique se fait entendre ailleurs que là où il existe dans l'état normal; le bruit respiratoire devient caverneux; à celui-ci et au précédent, se joint un souffle particulier quelquefois voilé; la voix résonne dans

(1) *Apnée.* S'il faut absolument des mots grecs celui-ci est évidemment préférable à celui d'*asphyxie* pour désigner la mort apparente par défaut de respiration, quelqu'en soit la cause.

les bronches, dans une excavation, et se fait entendre à travers les parois de la poitrine, lors même qu'elle est éteinte dans la bouche; elle devient chevrotante ainsi que nous le verrons dans le chapitre suivant; la toux résonne davantage dans les voies aériennes; elle devient caverneuse; les liquides, en traversant l'air ou agités avec lui dans les cavités naturelles ou accidentelles du poumon et de la plèvre, font entendre la crépitation, le gargouillement, le ronflement, le sifflement, le craquement, le tintement métallique, le bourdonnement amphorique; enfin on entend quelquefois un bruit de frottement qui n'est pas le plus facile à distinguer parmi tous ceux qui viennent d'être énumérés.

Ces changemens de caractère et de place, ces bruits nouveaux, fournissent des signes précieux pour le pronostic encore plus que pour le diagnostic. Malheureusement ils exigent une étude très-assidue, il est facile de les confondre les uns avec les autres et de commettre ainsi de graves erreurs.

Le son clair que l'on obtenait dans l'état normal, par la percussion de la poitrine, devient mat ou plus clair, selon les cas, dans les maladies du poumon et de la plèvre. Il est bon de se servir de la plaque dont Piorry a recommandé l'usage, car, par ce moyen si simple, on obtient des sons plus nets, et l'on distingue plus aisément les limites de la partie altérée.

2018. La *toux* est un des symptômes dont on a fait une maladie. Le plus ordinairement elle est due à la lésion de la membrane muqueuse bronchique

primitive. Souvent elle dépend d'une irritation secondaire de cette membrane.

C'est ainsi qu'elle se manifeste dans les maladies du poumon, de la plèvre, du cœur, et de ses annexes, dans quelques maladies de l'encéphale, durant la dentition, par suite des irritations de la bouche, des amygdales, dans les maladies de l'estomac, du foie, des intestins, de la matrice, des testicules, de la peau, des membres. Mais il ne faut pas croire qu'elle soit toujours purement sympathique, c'est-à-dire sans lésion de la membrane muqueuse bronchique, dans tous ces cas; souvent au contraire la toux ne se manifeste que parce que la maladie primitive entraîne avec elle la bronchite, ou s'en trouve compliquée par suite des causes qui ont agi sur le sujet. On voit combien il est facile de se tromper sur le caractère de la toux, et combien il serait peu rationnel de ne voir que des toux nerveuses, là où ce mouvement convulsif dépend de l'irritation de la membrane bronchique.

ARTICLE II.

TRAITEMENT DES MALADIES DU POUMON.

2019. Tandis que chaque année apporte de nouveaux faits relatifs aux altérations du poumon, et répand de nouvelles lumières sur le diagnostic des maladies de ce viscère, le traitement ne s'enrichit d'aucun moyen nouveau, mais du moins il a subi une heureuse simplification. Les maladies chroni-

ques du poumon sont moins que jamais abandonnées au fatalisme thérapeutique qui remonte jusqu'à Hippocrate. Si on ne sait pas mieux qu'autrefoit guérir ces affections, on sait du moins comment on peut en ralentir le développement et en favoriser la guérison quand les circonstances la rendent possible. Le traitement des maladies aiguës du poumon est encore à peu près le même qu'aux temps les plus reculés; c'est qu'en effet ce traitement a été de tous temps l'occasion des plus beaux triomphes pour la médecine. Cependant, après avoir très-bien commencé le traitement de ces maladies, il arrive trop souvent qu'on le finit fort mal, de telle sorte qu'elles passent à l'état chronique ou laissent après elles des traces où plus tard s'établit la désorganisation.

2020. Il est plus difficile de se préserver des maladies du poumon que de celles de l'estomac, parce qu'on n'est pas toujours maître de changer d'air, parce qu'on ne peut pas à volonté changer les conditions qui le rendent directement ou indirectement nuisible au poumon. Néanmoins, en usant modérément de la voix et de la parole, en se couvrant la peau avec soin, lors même qu'on est tenté de rechercher la fraîcheur, en évitant de boire froid lorsque le corps est en sueur, en se préservant des excès dans le coït, le boire et le manger, les sujets chez lesquels tout annonce une prédisposition menaçante aux maladies du poumon parviennent souvent à s'en préserver, et passent heureusement l'époque de la vie où elles sont le plus

à craindre. Les chagrins seuls sont hors du domaine de la volonté, et ce sont eux qui contribuent si souvent à produire des maladies irrémédiables du poumon.

2021. Le poumon malade ne peut être soustrait à l'influence de l'air, comme on soustrait l'estomac malade à celui des alimens; mais l'air n'est pas le seul excitant de ce viscère ; le sang qui le provoque sans cesse à un travail impérieusement exigé, peut être amoindri dans sa masse ; les émissions sanguines sont donc jusqu'à un certain point au poumon ce que la diète est à l'estomac ; on a peine à concevoir que cette vérité ait pu être méconnue un seul instant.

Traitement de l'inflammation du poumon en général.

2022. L'inflammation du poumon n'est jamais une maladie légère; elle doit toujours être énergiquement attaquée dès qu'on parvient à la reconnaître ; mais l'énergie du traitement ne doit pas dépasser les forces du sujet ; c'est ce qui fait qu'on est souvent réduit à l'expectation, alors même que les moyens les plus puissans sont indiqués par l'état de l'organe.

2023. L'estomac doit être maintenu dans l'inaction, d'abord parce que le travail de la digestion excite vivement le poumon, ensuite parce que l'introduction du chyle dans le sang veineux est une des causes les plus puissantes d'excitation pour le poumon. Lors même que la peau est sèche, il ne faut

pas surcharger de boissons l'estomac, car tout travail, même modéré finit par fatiguer lorsqu'il est sans relâche.

Traitement de l'inflammation aiguë du poumon.

2024. L'air doit être sans cesse renouvelé, et rafraîchi si la saison l'exige, autour d'un sujet affecté d'inflammation du poumon ; les couvertures doivent être légères. On doit faire asseoir le malade, et même le faire lever, dès que l'inflammation est maîtrisée, car la position horisontale favorise l'engorgement du poumon.

2025. Dès que l'on a constaté que le poumon est enflammé, il faut tirer du sang, si l'on ne veut voir la phlegmasie augmenter rapidement et déterminer ou achever la désorganisation du viscère.

Il n'y a d'exception à cette règle que lorsque l'inflammation aiguë s'établit chez un sujet dont le poumon est enflammé depuis long-temps ; quand celui-ci est altéré au point de faire présumer qu'une très-petite partie de son tissu agit encore sur le sang veineux ; lorsque les forces musculaires sont tellement diminuées qu'on a lieu de craindre que l'affaiblissement du mouvement circulatoire ne tende à faire cesser l'influence cérébro-rachidienne et les mouvemens respiratoires, lorsqu'enfin le sujet affaibli n'offre qu'une constitution détériorée par l'âge, les maladies ou les chagrins.

Distinguer les cas où toute émission sanguine serait dangereuse de ceux où une petite saignée pro-

duirait de bons effets, est un des points de pratique les plus difficiles; il faut pour se déterminer en pareilles circonstances avoir beaucoup observé et bien jugé.

2026. Aussitôt que l'inflammation est reconnue et que l'on a constaté qu'il n'existe aucune contr'indication majeure, il faut ouvrir une veine. Il serait à désirer qu'on pût le faire toujours au début de la maladie, car on obtiendrait plus souvent la guérison. Mais il ne faut pas croire que passé le cinquième jour il soit dangereux de pratiquer cette opération: quelqu'ancienne que soit l'opinion qui la faisait regarder comme capable d'empêcher la guérison, elle n'en est pas moins erronée: l'expérience prouve que l'on doit saigner à toute époque de la maladie, quand la douleur, la toux, la gêne de la respiration, les crachats sanglans, la fréquence et surtout la plénitude et la force du pouls l'exigent. Huxham et Tissot ont fait saigner jusqu'au dixième jour; J. Frank a fait saigner avec succès le onzième, et plus tard; Galien voulait qu'on saignât même le vingtième jour.

L'habitude d'observer avec sagacité fait distinguer l'instant où il n'est plus temps de saigner; ici les livres ne peuvent dispenser de l'observation raisonnée. Lors même qu'il est trop tard pour qu'on se permette de tirer beaucoup de sang, souvent il est encore temps d'en tirer une petite quantité, et quelquefois on obtient ainsi une amélioration qu'on ne saurait obtenir par tout autre moyen.

2027. Il faut que la première saignée soit co-

pieuse, ordinairement de seize à dix-huit onces, quelquefois plus abondante encore; jamais elle ne doit être de moins de douze onces. Au reste, il importe d'observer attentivement le sujet pendant que le sang coule, et de se régler d'après les effets immédiats de la perte de ce liquide. Si le malade n'éprouve point d'abord de soulagement, il est nécessaire de laisser couler le sang plus long-temps, jusqu'à ce qu'il se sente mieux, lors même qu'il faudrait pour cela en tirer plus d'une livre. Quand on a obtenu un amendement marqué on doit fermer la veine. Si, dans la première heure qui suit la saignée, les symptômes les plus graves reprennent leur intensité, il ne faut pas hésiter à r'ouvrir le vaisseau. Si l'amélioration persiste sans s'accroître, il ne faut pas attendre plus tard que le soir ou le matin suivant, selon l'heure à laquelle on a déjà saigné, pour renouveler cette opération. En un mot, il faut dans les douze premières heures, au plus tard, obtenir un mieux bien prononcé autrement l'on a tout à craindre.

Les premières saignées sont toujours les plus efficaces, il faut donc ne pas les faire avec timidité, ou l'on est obligé d'y revenir, et cela lorsque le sujet ayant déjà perdu du sang se trouve sous l'influence d'une altération qui tend à s'accroître ou tout au moins reste stationnaire.

Des praticiens fort honorables de notre pays n'hésitent point à tirer, comme on le faisait autrefois, deux livres de sang et davantage, lorsqu'ils sont appelés au début de la maladie; telle est aussi la conduite des médecins anglais, telle était celle de

Galien, tour à tour loué et blâmé pour l'avoir conseillée ; peut-être est-ce là le meilleur parti ; mais je n'ose le recommander, surtout comme méthode générale, car je n'ai pas eu occasion d'observer les résultats de cette méthode hardie. Laennec trouvait que de tirer trente-six onces de sang au début de la pneumonie n'était nullement blâmable. Je pense que le plus sage est de tirer du sang, non pas jusqu'à la syncope, mais jusqu'à ce que le sujet éprouve du soulagement ; c'est-là une mesure vitale préférable à tous les calculs aproximatifs que l'on pourrait faire.

2028. Le nombre des saignées qu'il convient de faire ne peut être indiqué d'une manière absolue. Souvent une saignée copieuse au début suffit pour faire obtenir une prompte guérison. D'autres fois il en faut deux, trois, quatre, cinq et davantage. Il faut saigner chaque fois que les symptômes cessen de diminuer après qu'ils ont été amendés par la saignée précédente, et surtout chaque fois qu'ils reprennent de l'intensité.

2029. C'est surtout à l'instant du redoublement des symptômes qu'il est utile de saigner, aussi doit-on le faire le matin ou le soir, selon que le paroxisme se manifeste à l'une ou l'autre de ces époques.

2030. La force et la fréquence réunies et persévérantes du pouls doivent engager à répéter les saignées et à les faire plus abondantes. Quand le pouls est fréquent et embarrassé, au début et dans le plus haut degré de l'inflammation, on le sent se développer et devenir moins fréquent après une

saignée copieuse. Dès que la saignée diminue la force du pouls sans rien diminuer de sa fréquence, il faut être réservé sur la quantité de sang à tirer; mais on peut ou plutôt on doit encore renouveler la saignée chaque fois que la force des pulsations redouble. Quand le pouls est très-faible, dépressible, et peu ou extraordinairement fréquent, la saignée est formellement contr'indiquée. La mollesse du pouls au début et dans le progrès est au contraire un motif pour saigner largement : on sent ensuite le pouls reprendre de la force, qu'il faut bien se garder d'abattre de suite en prolongeant l'écoulement du sang; il vaut mieux renouveler celui-ci après quelques heures d'intervalle.

L'intermittence du pouls durant le progrès de la maladie ne doit pas empêcher de saigner.

2031. L'état du pouls ne doit pas être seul pris en considération lorsqu'il s'agit du nombre des saignées et de la quantité de sang à tirer; il faut aussi avoir égard à la douleur, à la gêne de la respiration et à l'état des crachats.

2032. La douleur étant très-forte, il faut saigner largement : nul autre moyen ne peut, autant que celui-là, combattre ce symptôme avec autant de succès et moins d'inconvénient. Quand elle ne se fait pas sentir, il faut bien se garder d'en conclure que la saignée n'est point indiquée; ce serait là une grave et dangereuse erreur. Quand elle a cessé, ce n'est pas un motif pour cesser de saigner, car enfin la douleur n'est qu'un symptôme; et, si la toux, la gêne de la respiration, la fréquence du pouls, ou

même seulement l'anxiété, persistent, il ne faut pas hésiter à saigner. C'est ici que le cylindre est d'un grand secours : l'usage de cet instrument empêche qu'on ne croie à la cessation d'une phlegmasie, qui souvent a seulement cessé de provoquer la souffrance du cerveau, celui-ci recevant moins de sang qu'auparavant. Il arrive trop souvent que des praticiens croient avoir tiré assez de sang dès que la douleur ne se fait plus sentir; c'est là, sans aucun doute, l'origine d'un grand nombre de pneumonites chroniques.

2033. La gêne de la respiration est un des symptômes qui doivent le plus engager à tirer du sang; mais il faut pour cela qu'elle ne soit pas habituelle chez le sujet. Il ne faudrait pas non plus s'imaginer que l'on puisse, à force de saignées, faire cesser ce symptôme, quand il devient d'autant plus intense que le pouls devient plus faible sans cesser d'être fréquent, et surtout lorsque sa fréquence augmente, mais il ne faut pas oublier que les saignées trop copieuses sont suivies d'anxiété dans la poitrine et de gêne dans la respiration. Il y a donc un juste milieu à garder, et c'est là ce qu'apprend l'expérience.

2034. Sans attacher aucune importance aux idées de coction des anciens, dès que l'expectoration est facile, la toux peu douloureuse et moins fréquente, pour peu que le pouls se rapproche de l'état normal, on doit cesser de saigner ou saigner peu; mais quelqu'apparence de coction que l'on croie apercevoir dans les crachats, s'ils sortent avec peine, si la toux est douloureuse, et surtout si les crachats con-

tiennent du sang non combiné au mucus, il faut saigner, sans craindre de supprimer une expectoration que les émissions sanguines peuvent seules rendre plus facile et plus copieuse.

2035. Il ne faut avoir aucun égard à la présence ou à l'absence de la couenne sur le sang, car les rapports vrais de cette production avec l'inflammation ne sont pas assez connus pour qu'on puisse en déduire aucune indication légitime.

2036. La veine doit être largement ouverte, parce que, autant que possible, surtout au début, la perte de sang doit être prompte ; parfois la maladresse de l'opérateur fait que l'on tire trop peu de sang ; il y a d'ailleurs de l'inconvénient et quelquefois du danger à labourer une veine sans la vider suffisamment.

3037. C'est au bras qu'il faut saigner : du moins telle est la coutume. Importe-t-il de saigner du côté affecté plutôt que de l'autre ? Remarquons d'abord que ceux qui ont beaucoup discuté sur cette question prenaient toujours le siége de la douleur comme l'indice certain du siége du mal ; or, il n'en est pas toujours ainsi ; ensuite ils ne distinguaient guère la pneumonite de la pleurésie. Pour moi, je n'attache aucune importance à saigner à un bras plutôt qu'à l'autre, et c'est aujourd'hui l'opinion la plus générale. Le mieux est de saigner au bras où les vaisseaux sont le plus apparens, sinon le plus volumineux.

2038. Chez un sujet athlétique, il y a de l'avantage à saigner aux deux bras à la fois, quand la maladie est déjà fort intense, quoiqu'encore près de son début.

2839. Dans la pneumonite aiguë latente, la saignée doit être pratiquée comme dans la pneumonite aiguë manifeste : faute d'avoir ouvert la veine de sujets affectés à la fois de gastrite manifeste ou déguisée sous l'aspect de fièvre adynamique et de pneumonite latente, on a laissé mourir plus d'une personne qu'une saignée aurait sauvée. C'est surtout dans les cas de ce genre que le cylindre peut rendre de grands services.

2040. Il ne faut pas croire que la stupeur et même la paralysie soient des contr'indications formelles à l'emploi de la saignée, lorsque ces symptômes surviennent dans le cours d'une pneumonite ; l'observation m'a convaincu, et je le déclare formellement, de l'utilité de ce moyen dans les cas de ce genre ; j'ai vu notamment trois saignées guérir un sujet chez lequel une hémiplégie s'était déclarée au deuxième jour d'une inflammation du poumon et de la plèvre.

2041. La vieillesse n'est point une contr'indication absolue à la saignée ; si l'on peut impunément et, qui plus est, avec avantage, tirer du sang aux vieillards affectés d'apoplexie, à plus forte raison doit-on le faire quand le poumon s'enflamme. Seulement on évite rarement une fâcheuse terminaison quand on n'est pas appelé au début ; ensuite on doit pour l'ordinaire tirer moins de sang au dernier âge de la vie que chez les sujets encore jeunes.

L'enfance est encore moins que la vieillesse une contr'indication. J'ai vu plusieurs fois des écoliers n'éprouver de soulagement qu'après une saignée du

bras qui procurait en peu d'instans l'amélioration qu'on avait espéré vainement de l'application des sangsues.

2042. Peu importe le jour où l'on saigne, pourvu que l'on saigne le jour où la saignée est bien indiquée par l'ensemble des symptômes, et non pas seulement par un seul.

2043. Lorsque le sujet éprouve de la sueur, si d'ailleurs les symptômes les plus caractéristiques n'éprouvent aucune diminution, il ne faut pas hésiter à saigner; la sueur ne doit engager à s'abstenir de cette opération que lorsqu'elle amène avec elle un véritable soulagement.

2044. La saignée est surtout indiquée au premier degré de la pneumonite, lorsqu'il n'y a encore qu'engorgement séro-sanguin; on doit encore y recourir, mais avec modération, quand la phlegmasie étant parvenue au second degré le poumon s'hépatise; enfin lorsque la suppuration s'établit, la phlegmasie étant parvenue au troisième degré, il ne faut continuer à saigner qu'autant que la force et la largeur du pouls, s'unissant à une très-grande fréquence, oblige à le faire.

2045. Lorsque malgré la saignée la douleur de côté persiste, au moins à un faible degré, il convient d'appliquer des sangsues à l'endroit où elle se fait sentir; on doit encore y avoir recours lorsque la bronchite se joint à la pneumonite; ce sont là les seuls cas où les sangsues doivent être employées dans le traitement de la pneumonite aiguë, encore ne sont-elles indiquées que parce que l'inflammation de

la plèvre se joint à l'inflammation du poumon. Dans tout autre cas les sangsues ne peuvent jamais être préférées à la saignée dans le traitement de cette dernière ; à moins d'en appliquer une grande quantité, elles ne sauraient en effet produire une déplétion suffisante; d'ailleurs celle qu'elles déterminent, quand on les applique en grand nombre, se fait avec une lenteur qui la rend bien moins efficace que celle qu'on obtient à l'aide de la saignée. J'ai vu mainte fois la pneumonite aiguë passer à l'état chronique ou se terminer d'une manière funeste, soit parce qu'on n'avait fait qu'appliquer des sangsues, soit parce que l'on avait trop tôt cessé de saigner et cru pouvoir achever le traitement par l'application de ces animaux.

Ce n'est pas que les sangsues aient aucun inconvénient dans le cas dont il s'agit, mais elles sont le plus souvent insuffisantes, à moins que le mal ne soit très-peu étendu et très-rapproché de la surface des poumons. De petites saignées font tout le bien qu'elles peuvent faire et le font plus promptement.

2046. Les ventouses sont, à plus forte raison, un bien faible moyen contre une inflammation aussi redoutable que l'est celle du poumon; elles ne sont indiquées que lorsque les sangsues le sont elles-mêmes, et elles ont l'inconvénient de tirer moins de sang que celles-ci; mais elles ne sont pas moins avantageuses quand la toux est très-forte.

2047. L'emploi des vésicatoires dans le traitement de la pneumonite aiguë est un des points de pratique les plus importans. Selon plusieurs prati-

ciens on doit recourir à ce moyen aussitôt après la première saignée, et même après une seule application de sangsues; mais l'expérience a prouvé que l'emploi prématuré du vésicatoire est le plus ordinairement nuisible et souvent dangereux. On ne peut le mettre en usage sans danger que lorsque les saignées ont suffisamment abattu l'inflammation; mais ici se présente une grande difficulté : à quoi reconnaître que l'on a tiré assez de sang pour que l'inflammation soit réduite au point de diminuer encore au lieu de s'exaspérer, sous l'empire du vésicatoire? Quand l'inflammation est réduite au point de ne pas s'aggraver malgré l'irritation que le vésicatoire détermine, au moins dans les organes circulatoires et sensitifs, ne vaut-il pas mieux attendre la fin naturelle de la phlegmasie que de chercher à la précipiter, au risque de renouveler le mal qu'on veut faire disparaître? De ces deux partis, celui-ci est sans doute le plus prudent, mais il sera difficilement adopté de la majorité des praticiens, parce que la plupart d'entr'eux croient ne rien faire quand ils ne prescrivent point de ces moyens qui inspirent au malade et aux assistans du respect pour la médecine, et aussi parce que l'efficacité des vésicatoires a été vantée par des médecins trop célèbres pour que de long-temps on secoue le joug de leur autorité. La vérité est qu'il ne paraît pas facile d'opérer la révulsion d'une phlegmasie qui plonge dans les parties les plus intimes d'un viscère aussi frêle dans sa texture, aussi susceptible de désorganisation que l'est le poumon. Et pourtant il faut bien

que le vésicatoire puisse être utile, puisque des hommes tels que Baglivi et Stoll l'ont préconisé. Voici ce que j'ai observé. Le plus ordinairement le vésicatoire occasione une grande accélération dans le mouvement circulatoire, jette le malade dans une agitation insupportable ; souvent tous les symptômes de la pneumonite augmentent d'intensité, ceux qui avaient cessé se renouvèlent; ce redoublement est ordinairement passager, il ne dure que un ou deux jours, quand le vésicatoire n'a pas été appliqué de très-bonne heure ; après que ce redoublement s'est appaisé, ordinairement le sujet ne se trouve pas mieux qu'auparavant, et la plupart des malades habitués à se rendre compte de leurs sensations savent fort bien le dire à leur médecin. Cependant à l'orage sollicité par le vésicatoire, succède quelquefois une véritable amélioration, la respiration redevient libre, la toux est diminuée, l'expectoration plus facile, la peau est moite et le pouls moins fréquent. On n'obtient guère ces heureux résultats que lorsqu'on applique le vésicatoire après des saignées copieuses et multipliées; et chose, importante à retenir, lorsqu'il ne reste plus d'autre symptôme que l'oppression. Hors de là, l'application du vésicatoire est une sorte de jeu à quitte-ou-double fort dangereux.

En somme, le vésicatoire n'est pas très-souvent suivi d'un accroissement funeste de l'inflammation, mais aussi la plupart des guérisons auxquelles on s'imagine qu'il contribue auraient été obtenues avec moins de trouble et de douleur si l'on n'y avait pas

en recours; enfin l'efficacité du vésicatoire est toujours problématique, et l'on n'est jamais sûr qu'il ne nuira point. La preuve de ceci, c'est qu'on a tourmenté les cantharides de mille manières pour obtenir un vésicatoire qui ne produisît qu'une irritation locale sans sympathies, comme s'il était possible d'enflammer vivement une large portion de la peau sans que les viscères en éprouvent de l'irritation.

L'eau bouillante serait, dans tous les cas, préférable au vésicatoire, mais elle effraye, et il est difficile d'en limiter l'action.

Les sinapismes sont rarement employés, Quarin les a recommandés, et bien qu'il ait mal signalé les cas où l'on peut en user, ces moyens sont préférables au vésicatoire, lorsqu'on a la précaution de les enlever dès qu'ils causent de la douleur.

Il importe de savoir que le vésicatoire offre peu d'inconvéniens chez les sujets lymphatiques et peu sensibles, tandis que ses effets sont souvent redoutables chez les sujets nerveux très-sensibles.

2048. Quelque soit le topique irritant dont on fasse choix, doit-il être appliqué à la poitrine plutôt qu'en toute autre partie du corps? Laennec a fait remarquer avec raison que le vésicatoire appliqué sur les côtes arrête le mouvement respiratoire; c'est-là une bonne raison pour l'appliquer sur le sternum; la région dorsale étant celle sur laquelle le sujet se couche ordinairement, on ne peut y faire cette application. On ne conçoit pas que de bons praticiens attachent beaucoup d'importance à placer le topique irritant directement en face de la partie malade,

mieux vaut le mettre à côté quand le topique est susceptible d'accroître le mal.

2049. Les topiques émolliens, que beaucoup d'auteurs recommandent d'appliquer sur la poitrine, sont tous trop pesans et ne peuvent qu'ajouter à la gêne de la respiration.

2050. Les vapeurs aqueuses qu'ils conseillent de faire respirer ne peuvent que nuire, car un organe pour lequel l'air est un stimulant trop vif, est nécessairement fort irrité par ce gaz surchargé d'une vapeur chaude.

2051. C'est à l'intérieur que les mucilagineux doivent être administrés, sous forme de solution aqueuse, sucrée, tiède. Les boissons de ce genre doivent être prises à petites doses répétées, mais non pas assez pour surcharger l'estomac et l'obliger à une action digestive continue. Elles ont pour double but d'aider le sujet à supporter la diète et d'exercer sympathiquement une action émolliente sur les bronches; il n'est pas nécessaire pour cela que le sujet en prenne une très-grande quantité, à moins qu'il n'y ait, en outre des autres symptômes, une soif considérable, ce qui n'a guère lieu qu'à la suite des pertes de sang très-abondantes, ou par l'effet d'une irritation des voies digestives.

2052. Les huileux qu'on est dans l'usage de prescrire sont difficilement supportés ou promptement rebutés par certains estomacs, tandis qu'ils plaisent beaucoup à d'autres; on ne doit donc ni les rejeter ni les prescrire à tous les malades.

2053. Aussi long-temps que la circulation est

émue, que la respiration est gênée, qu'il y a de la toux et que l'appétit ne se fait pas sentir, le sujet doit observer une diète sévère; il est absurde de lui donner du bouillon, comme on le faisait autrefois, comme on le fait encore. Les alimens les plus légers ne doivent être permis que lorsque le sujet les appète franchement, et lorsque la douleur, la gêne de la respiration et la fréquence du pouls ont cessé. Quoique l'estomac soit très-souvent intact dans la pneumonite, il y a évidemment de l'inconvénient à provoquer le travail digestif et introduire des matières nutritives, dans un corps où l'organe principale de la sanguification est souffrant, et par conséquent a besoin d'agir le moins possible.

2054. Le ventre doit être maintenu libre au moyen des lavemens émolliens, huileux, acidules ou salins. Dès que le travail inflammatoire et l'accélération du pouls ont cessé, on peut, si le sujet est habitué à se purger, lui faire prendre une potion laxative. Mais si l'on en vient trop tôt à ce moyen, la chaleur de la peau, l'accélération du pouls et la toux reparaissent.

2055. Préoccupé de l'idée que la bile causait les plus grands ravages dans le corps de l'homme, et qu'elle était pour quelque chose dans la plupart des maladies, Stoll a fait adopter l'usage de donner un vomitif aussitôt après la première saignée et même avant tout autre moyen et dès le début dans les cas de pneumonite avec apparence bilieuse. Finke se louait beaucoup de l'émétique pour des cas analogues. Corvisart et une foule de médecins de notre

pays ont imité cette pratique; moi aussi j'ai vu la pneumonite guérir comme par enchantement (c'était le terme dont se servaient les praticiens) après un vomitif; mais j'ai vu aussi les angoisses affreuses des malades, j'ai vu le danger qu'ils ont couru, et j'ai renoncé pour toujours à imiter la conduite de ces médecins, qui, voulant faire briller leur art aux yeux des ignorans, courrent, en souriant, le risque de tuer, afin de guérir quelquefois avec plus de promptitude. A plus forte raison doit-on vouer au mépris des gens de bien, les hommes de notre profession qui prescrivent sans scrupule des éméto-cathartiques, des vomi-purgatifs, afin d'obtenir la résolution de maladies qui guérissent ordinairement sans ces moyens redoutables, et qui tuent fort souvent quand on y a recours.

2056. Il est contraire à toute prudence de vouloir calmer la douleur et la toux qui ont lieu dans la pneumonite à l'aide de l'opium. Laennec a très-bien vu les graves inconvéniens de cette substance, qui, lorsqu'elle est donnée à haute dose, cause elle-même l'inflammation du poumon.

2057. Beaucoup de praticiens, après des émissions sanguines insuffisantes, cessent de tirer du sang, et ne s'occupent plus qu'à trouver la formule d'une tisane et d'une potion capables de provoquer ou d'augmenter l'expectoration. D'abord la pneumonite peut guérir sans expectoration; ensuite elle guérit souvent sans que l'expectoration soit très-abondante et sans que les crachats offrent les caractères qu'on exigeait autrefois comme signes de

coction; enfin il n'est aucun médicament dans nos pharmacies qui puisse déterminer l'expectoration, lorsque, par suite de l'insuffisance des émissions sanguines, de l'application prématurée du vésicatoire ou de l'administration de l'émétique, on n'a pas fait assez pour la guérison ou l'on a trop fait pour qu'elle puisse avoir lieu. Il n'y a donc rien à espérer des carbonates alcalins, du kermès minéral, de la scille, du polygala. Tous ces moyens peuvent nuire, jamais ils n'ont provoqué une expectoration qui ne se serait point établie sans leurs secours. Quand on veut aider la sortie des crachats, il suffit d'aciduler les potions mucilagineuses.

2058. Le proto-chlorure de mercure et le mercure soluble sont trop peu connus dans leur mode d'action pour qu'il soit rationnel d'en faire usage dans le traitement de la pneumonite aiguë, mais il y a de bonnes raisons pour s'en abstenir, car les expériences et l'observation ont prouvé que le mercure est une des causes les plus puissantes d'inflammation auxquelles le corps humain puisse être soumis.

2059. Aussi long-temps que la pneumonite se maintient au premier degré, on doit insister sur la saignée et se borner à ce moyen, aidé des mucilagineux. Quand la phlegmasie parvient au second degré, si la circulation est encore très-émue, si le pouls a encore de la force, il faut continuer à tirer du sang; mais dès que le sujet prend l'aspect propre aux personnes qui ont éprouvé une hémorrhagie copieuse, aspect qu'on ne peut décrire et qu'il faut avoir vu pour le reconnaître, on doit s'arrêter : le

sujet est perdu, ou la suppuration, soit aiguë, soit chronique, va s'établir. Quand le poumon est parvenu à l'état de suppuration, on ne peut plus guère saigner; alors, si le mouvement circulatoire offre encore trop de force et de fréquence, si la peau est chaude, on peut appliquer un petit nombre de sangsues, non pour agir directement sur le poumon, mais pour déterminer le ralentissement de la réaction vasculaire.

2060. La mort de Laennec n'a pas peu contribué à faire passer de mode, parmi nous, l'emploi de l'émétique à hautes doses dans le traitement de la pneumonite : étrange destinée que celle d'un art qui devient plus salutaire ou plus nuisible par des circonstances de ce genre; plus étrange encore est le sort de l'homme dont la vie est livrée à de pareilles chances. Néanmoins ce mode de traitement a conservé des partisans.

Émule de Vidal et de Rasori, Laennec, dès qu'il reconnaissait une pneumonite, faisait tirer de huit à seize onces de sang, rarement il réitérait cette opération; immédiatement après il donnait un grain d'émétique dans deux onces et demie d'une légère infusion aromatique froide, édulcorée; cette dose était répétée de deux en deux heures; après la sixième, on suspendait l'administration de ce médicament pendant sept à huit heures, si les symptômes étaient peu alarmans et s'il y avait de la tendance au sommeil. Lorsque l'inflammation était déjà avancée, l'oppression forte, la tête menacée, les poumons affectés, un d'eux pris en entier, on con-

tinuait l'émétique de deux en deux heures sans interruption, jusqu'à ce qu'il y eût un amendement dans les symptômes et que le cylindre indiquât l'amélioration. Quand plusieurs circonstances aggravantes se trouvaient réunies, chaque dose d'émétique était portée à un grain et demi, deux grains ou deux grains et demi, toujours dans la même quantité de véhicule. Le plus grand nombre des malades ainsi traités éprouvaient deux ou trois vomissemens, et allaient à la selle cinq ou six fois le premier jour; les jours suivans, ils n'éprouvaient que des évacuations médiocres et souvent ils n'en avaient plus; fort souvent même ils finissaient par être constipés au point qu'on était obligé de leur faire prendre des lavemens purgatifs. Lorsque les évacuations continuaient le second jour, ou lorsque dès le premier il y avait lieu de craindre que l'émétique ne fût difficilement supporté, une ou deux onces de sirop diacode étaient ajoutées aux six doses à prendre en vingt-quatre heures. Laennec continuait l'emploi de l'émétique jusqu'à ce que les évacuations par haut ou par bas revinssent, et tant que le râle crépitant se faisait entendre.

Quels furent les résultats de cette pratique? Ici Laennec lui-même doit parler: « Je n'ai commencé à tenir des notes exactes à cet égard que depuis l'année dernière; je puis affirmer que je n'ai pas mémoire d'avoir vu mourir un homme attaqué de pneumonie aiguë, et qui eût pris l'émétique *assez long-temps pour en éprouver les effets*; j'ai vu seulement succomber quelques sujets attaqués à la fois

d'une pneumonie légère et d'une pleurésie grave; après la première période d'acuité, l'émétique a peu d'action sur cette dernière. »

En 1824 et 1826, sur cinquante-sept péripneumoniques, ce médecin n'a perdu que deux septuagénaires dont un *cachectique*, et tous deux avec congestion cérébrale, c'est-à-dire un peu moins d'un sur vingt-huit.

On ne m'accusera point d'atténuer les résultats obtenus par Laennec à l'aide de moyens si peu rationnels. La beauté de ces résultats n'en imposera certainement à personne. L'émétique guérit rarement la pneumonite puisqu'il ne guérit pas la pleurésie, car le plus ordinairement ces deux phlegmasies sont réunies chez le même sujet. Dire qu'aucun malade ne meurt quand il prend assez long-temps un remède pour en ressentir les effets, c'est à peu près comme si l'on disait que ce remède réussit toutes les fois qu'il n'échoue pas. Laennec n'a point publié les observations détaillées des cinquante-sept péripneumoniques qu'il a traités par l'émétique, c'est pourtant ce qu'il convient de faire toutes les fois qu'on veut faire adopter une pratique que la théorie repousse.

A la vérité, les voies digestives sont très-souvent sans irritation chez les sujets affectés de pneumonite, et c'est la seule circonstance qui milite en faveur de l'administration de l'émétique dans le traitement de cette maladie; mais pourquoi le donner à des doses si élevées, si souvent répétées? Les malades de Laennec ont guéri quoiqu'ils eussent pris de

l'émétique, mais rien ne prouve qu'ils aient été guéris parce qu'ils en ont pris, et surtout parce qu'ils en ont pris une si grande quantité? Rien, si ce n'est une simple assertion sans faits à l'appui. Or, aucun médecin consciencieux ne doit avoir recours à un moyen que tout lui annonce devoir être dangereux, sur la simple assertion d'un seul homme quel qu'il soit. Peu m'importe qu'on m'accuse de timidité dans l'exercice de l'art de guérir : il est méprisable le courage du médecin lorsque tout le danger est pour le malade (1).

Traitement de l'inflammation intermittente du poumon.

2061. Toutes les fois que dans les accès d'une maladie aiguë intermittente ou rémittente on constate l'inflammation aiguë des poumons, il faut ouvrir une veine et tirer assez de sang pour hâter la fin du paroxisme, à moins que le sujet n'ait eu plusieurs accès, et qu'il n'offre des signes d'affection cérébrale tels que la face ait pris déjà l'aspect cadavéreux.

2062. Dans l'intervalle des accès, il faut, lors même que le râle crépitant se ferait encore entendre, et surtout si l'on a pu tirer du sang pendant le paroxisme, il faut administrer le quinquina ou le sulfate de quinine, de la même manière qu'il a été dit au chapitre des maladies de l'estomac (2), et

(1) F. Vacquié, *sur l'emploi du tartre stibié à hautes doses*; dans les *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, Paris, 1826; in-8°.

(2) Tome 1[er], page 337.

avec d'autant moins de crainte que ce viscère n'est point irrité. Il faut ensuite insister sur l'emploi de ce moyen, pour obtenir une guérison solide.

Traitement de l'inflammation partielle du poumon.

2063. On a le plus souvent à faire à une phlegmasie partielle du poumon ; il serait donc à désirer que l'on pût toujours savoir au juste quelle est l'étendue de l'inflammation, car il est évident que lorsqu'elle n'occupe qu'un point très-borné du viscère, quelque redoutable qu'elle soit encore, elle l'est beaucoup moins que lorsqu'elle envahit un poumon entier et surtout les deux poumons. Il n'est pas moins clair que l'on peut se dispenser de réitérer beaucoup la saignée quand le mal est très-peu étendu. Il importe donc que le diagnostic se perfectionne, quoique d'ailleurs il y ait moins d'inconvénient à saigner beaucoup qu'à saigner trop peu.

Traitement de l'inflammation chronique du poumon.

2064. Les médecins qui ont nié l'inflammation chronique du poumon, ou qui l'ont cru si rare qu'à peine ils en ont donné des exemples, n'ont pu tracer le traitement que l'on doit diriger contre cette maladie ; ils ne se sont occupés que des productions accidentelles ou plutôt des matières morbides qui se développent dans le poumon par suite d'un travail inflammatoire dont ils ont méconnu la nature. C'est donc dans les écrits de Boerhaave, de

Stoll et surtout de Broussais qu'il faut chercher les vrais principes du traitement de cette phlegmasie, et non dans ceux de Bayle et de Laennec.

2065. Peut-on prévenir le développement de l'inflammation chronique du poumon chez les sujets que leur constitution ou le genre de mort de leurs parens semble disposer à la contracter? Ces sujets sont de trois sortes : les uns jouissent d'une santé parfaite et ne présentent aucun des caractères organiques qui distinguent les personnes prédisposées à cette maladie; les autres jouissent également d'une bonne santé, mais ils présentent ces caractères si alarmans; d'autres enfin, à ces mêmes caractères joignent un état habituel de malaise, une susceptibilité morbide, une extrême irascibilité, une profonde sensibilité. Les premiers peuvent, le plus ordinairement, se préserver de l'inflammation chronique du poumon, en usant avec une grande modération de toutes les choses nécessaires à la vie, mais cette modération est fort rare chez eux, aussi le plus souvent voit-on éclater tout à coup ou s'établir lentement les symptômes de la maladie redoutable qui nous occupe. Les seconds abusent également pour l'ordinaire de leurs organes, soit qu'ils en méconnaissent l'imperfection, soit qu'ils l'ignorent; quand on parvient à leur persuader de quelle importance le régime est pour eux, ils peuvent échapper à ce mal cruel, mais ce n'est que par la persévérance dans des privations auxquelles ils consentent difficilement et dont ils se lassent bientôt. Les troisièmes, avertis par leurs souffrances, con-

sentent pour l'ordinaire à veiller sur leur triste santé, à éviter tout ce qui peut aggraver leur état et développer le mal qu'on redoute pour eux; quand ils persistent dans leurs résolutions, s'ils n'évitent pas toujours une mort prématurée, le plus ordinairement ils retardent la catastrophe, et ce retard peut se prolonger assez pour équivaloir à une guérison. J'ai observé pendant dix ans un cas de pneumonite chronique qui durait déjà depuis huit ans lorsque je fus appelé; le sujet était une dame d'une rare modération en tout: je lui épargnai les drogues.

2066. L'inflammation chronique succède à une inflammation aiguë du poumon qui se prolonge, soit manifestement, soit d'une manière obscure; ou bien elle s'établit progressivement, mais sans équivoque et sans avoir débuté par un état aigu; ou enfin elle s'établit sourdement et éclate tout à coup par une inflammation aiguë ou par un crachement de sang, ou enfin elle se montre au dehors par l'accroissement plus prompt de tous les symptômes qui, jusque là ne la caractérisaient encore que faiblement. Ce sont là autant de cas qu'il ne faut pas confondre.

2067. Lorsque l'inflammation chronique du poumon succède manifestement à l'inflammation aiguë, celle-ci ne faisant que se prolonger sans qu'on observe aucun signe de résolution, si la phlegmasie ne perd rien de son intensité il n'y a rien à espérer, car la mort est seulement retardée, à peine la maladie mérite-t-elle le nom de chronique, un mois ou six semaines la terminent. On ne peut plus tirer de sang,

les vésicatoires ajoutent en pure perte à la chaleur, aux souffrances que le sujet éprouve; les boissons ne peuvent que calmer la soif; il n'y a aucune trace d'appétit. Le médecin n'est alors que le spectateur impuissant d'une agonie prolongée.

2068. Si en se prolongeant la phlegmasie aiguë perd de son intensité, c'est là un des cas où l'on peut aider au rétablissement et même le déterminer quelquefois. Après avoir constaté le passage à l'état chronique pendant qu'il s'opère, si le sujet est encore assez sanguin, on lui fait appliquer à la poitrine un petit nombre de sangsues, quatre, cinq ou six, par exemple, durant chaque exacerbation, pour la rendre moins intense et plus courte. On applique un vésicatoire, d'une étendue proportionnée à la sensibilité du sujet, sur la poitrine, dans le voisinage du point affecté, et l'on en provoque la suppuration avec réserve. S'il se manifeste tout à coup un retour de l'inflammation à l'état aigu, il convient de pratiquer une saignée, modérée, car il y aurait un véritable danger à la faire copieuse; mais trop souvent on ne réussit pas à empêcher que la mort ne soit la suite de ce développement d'une phlegmasie nouvelle dans un poumon dont le tissu est déjà altéré par l'inflammation.

Des douleurs viennent-elles à se faire sentir dans un ou plusieurs points des parois de la poitrine, il convient de les combattre par des cataplasmes émolliens, de farine de graine de lin ou de riz, par des ventouses, des scarifications, des sinapismes, des vésicatoires, des cautères et même des moxas, en

passant successivement par cette série de moyens, de manière à établir une irritation externe lentement croissante. Après avoir agi sur les parois de la poitrine, on peut transporter l'exutoire au bras, ayant le soin de ne fermer le premier que lorsque le second est en pleine activité.

Les boissons et les pâtes mucilagineuses de toute espèce sont indispensables; on y joint un arôme ou un amer léger, afin que l'estomac ne s'en dégoûte pas et qu'on ne puisse en continuer plus long-temps l'usage.

Les alimens doivent être pris en très-petite quantité, et les repas séparés par au moins trois heures d'intervalles; le sujet doit s'abstenir de manger aux approches du redoublement; il doit user principalement de laitage, de fécules, de fruits cuits, très-peu de poissons et à peine de viandes blanches.

Les lavemens et tout au plus les laxatifs huileux suffisent pour maintenir le ventre libre; il faut redouter les purgatifs, car chez tout sujet affecté d'une pneumonite l'entérite est toujours menaçante, et finit ordinairement par s'établir, ne plus cesser que momentanément, et persister définitivement jusqu'à la mort.

L'opiniâtreté de la toux pendant la nuit oblige à user de l'opium, quels qu'en puissent être les mauvais effets. Quand on se décide à l'employer, il faut le donner à dose suffisante pour provoquer le sommeil, n'y revenir que de loin en loin, et y renoncer dès que l'on s'aperçoit qu'il agite au lieu de calmer.

Il importe que le sujet ait sans cesse sous la main une boisson chaude ou une pâte mucilagineuse pour

en mettre une petite quantité dans sa bouche à l'instant où la toux se prépare. Il est bon aussi qu'il ne s'abandonne pas sans résistance au besoin de tousser aussitôt qu'il l'éprouve, car la toux provoque la toux.

Il est utile de laver souvent la peau à l'aide d'une éponge imbibée d'eau vinaigrée très-chaude, en prenant la précaution d'essuyer avec un linge chaud à mesure qu'on mouille, afin d'exciter la transpiration, sans risquer de la supprimer.

2069. Lorsque l'inflammation chronique du poumon est primitive, s'établit sans inflammation aiguë préalable, et se développe d'une manière progressive mais manifeste, il importe de pratiquer une saignée médiocre, dès que l'on est autorisé à penser que la poitrine est irritée; si cette saignée produit de l'amélioration on peut la renouveler huit, quinze jours ou un mois après. On cherche ainsi à s'assurer, de l'influence des émissions sanguines obtenues à l'aide de la lancette, et pour cela on fait choix pour tirer du sang de l'instant où le mouvement circulatoire s'accélère; et l'on s'enhardit si, après la chute du paroxisme abrégé par la saignée, les forces ne sont pas très-abattues.

La saignée produit-elle une faiblesse marquée, on laisse reposer le sujet, puis on a recours aux applications d'un petit nombre de sangsues, dont la quantité peut ensuite être augmentée, si les premières sont bien supportées. Les sangsues elles-mêmes causent-elles trop de faiblesse, il faut renoncer définitivement à tirer du sang.

Dès qu'on a diminué la réaction vasculaire, on passe à l'emploi des irritans de la peau, et l'on suit la marche indiquée plus haut.

2070. Lorsque l'inflammation chronique du poumon s'établit sourdement, aussi long-temps qu'on n'a aucune autre raison pour la soupçonner que la constitution du sujet et le genre de mort de ses parens, on ne peut que lui conseiller la modération en tout, et même l'abstinence de tout ce qui peut surexciter. On n'est point autorisé à prescrire des moyens que rien n'indique directement. Les exutoires de précaution que l'on est dans l'usage d'établir en pareil cas sont le plus souvent inutiles et quelquefois nuisibles. Il faudrait pour qu'on fût autorisé à les prescrire d'une manière banale, comme on le fait, que l'on fût certain que le sujet sera réellement affecté, par la suite, du mal qu'on redoute, et que l'effet préservatif en fût assuré.

Lorsqu'une phlegmasie aiguë du poumon vient à éclater, il y a lieu de craindre une mort prompte ou une accélération rapide de l'inflammation chronique. Il faut par conséquent ne pas hésiter à pratiquer sur-le-champ une saignée copieuse, car il faut à tout prix remettre l'organe dans l'état où il était peu auparavant. Si cette première saignée ne suffit pas, il est inutile d'y revenir, à moins qu'après avoir obtenu une amélioration notable, sans beaucoup de faiblesse, il ne se représente un nouveau redoublement; dans tous les cas la seconde saignée doit être médiocre.

On est toujours très-peu fondé à espérer la gué-

rison des phlegmasies aiguës qui se développent dans un organe affecté d'inflammation chronique, mais cela est vrai pour le poumon encore plus que pour tout autre organe. Aussi obtient-on le plus souvent la guérison d'une première pneumonite aiguë, quelque forte qu'elle soit, quand elle se manifeste chez un sujet dont le poumon est vierge de toute maladie, tandis qu'on ne guérit presque jamais une pneumonite aiguë développée chez un sujet qui a déjà éprouvé une ou plusieurs phlegmasies, dont les traces sont demeurées dans le viscère. Si l'on est assez heureux pour obtenir la résolution, il faut se bien persuader qu'elle n'est jamais complète, que la maladie chronique s'est fortifiée : en effet, pour l'ordinaire, elle se manifeste alors par tous les caractères qui peuvent la distinguer; par conséquent rien de ce qui a été indiqué plus haut, aucun sacrifice de régime ne doit être négligé pour en arrêter les progrès presque toujours inévitables.

Est-ce au contraire une hémorrhagie pulmonaire qui se manifeste? Ce sont les mêmes indications, la même insuffisance des moyens de l'art, le même danger soit pour le présent, soit pour l'avenir. Ordinairement les crachats jusque là muqueux et peu abondans, prennent bientôt l'aspect puriforme, et tous les autres symptômes de l'inflammation chronique se manifestent, si le sujet ne périt suffoqué par l'infiltration sanguine de la portion de poumon demeurée saine jusqu'alors.

Avec le temps, sans inflammation aiguë, sans hémorrhagie pulmonaire, la phlegmasie chronique

sourde du poumon finit par se caractériser de manière qu'il n'est plus permis de la méconnaître ; on a supposé une bronchite ou toute autre affection chronique de la poitrine ou de l'estomac, mais le voile tombe enfin, et malheureusement trop tard pour l'ordinaire : un régime sévère et l'éloignement rigoureux de toutes les causes irritantes auraient pu seuls prévenir ou retarder encore cette terrible manifestation, mais presque toujours on a dédaigné les avertissemens que donnaient des douleurs sourdes, des chaleurs dans la poitrine, des toux momentanées, des gênes passagères de la respiration, de l'essoufflement en montant, de la faiblesse après l'abus de la voix, la marche, le coït.

2071. Quand le mal est arrivé au plus haut degré, tantôt le dépérissement s'établit sans que la circulation en soit fort troublée, si ce n'est par momens et à des époques irrégulières, tantôt il se manifeste des accès quotidiens, double-quotidiens, tierces ou quartes, d'accélération dans le pouls, et de chaleur à la peau, avec malaise, anxiété.

Quand la circulation est peu émue, il ne faut penser à aucune émission sanguine. Si les paroxismes offrent un caractère inflammatoire très-prononcé et si la faiblesse n'est pas encore bien marquée, on peut hasarder l'application de quelques sangsues. En cas pareils j'ai retardé manifestement plusieurs fois, par ce moyen prudemment ménagé, la terminaison funeste d'anciennes pneumonites.

2072. Je dois dire que si j'insiste autant sur l'emploi des émissions sanguines, dans le traite-

ment de la pneumonite chronique, dont la guérison s'obtient si rarement, et que les pertes de sang ont paru aggraver dans un grand nombre de cas, c'est que je suis convaincu que c'est là le seul moyen, non de guérir, mais de prolonger les jours du sujet, quand on en dirige l'emploi avec sagesse, et toujours en observant et calculant avec soin l'état des forces, après chaque soustraction de sang. En somme, lorsqu'après une émission sanguine, la faiblesse n'est pas plus grande et les symptômes sont moins incommodes, on n'a point à se reprocher d'avoir tiré du sang, et l'on peut y revenir après un intervalle de temps suffisant, si les forces ne baissent point avec promptitude. Il y a sans doute ici, comme dans toute la médecine pratique, un écueil, celui de trop agir, et personne n'est plus que moi convaincu de la nécessité de l'éviter avant tout, mais il est difficile de ne rien tenter pour diminuer le feu qui dévore un malheureux. Les émissions sanguines ne peuvent évacuer les matières morbides déposées dans le poumon, à l'occasion de l'inflammation, mais elles peuvent, en faisant cesser celle-ci, empêcher qu'il ne s'en épanche davantage, empêcher que la portion encore saine du poumon ne soit envahie, et cela doit encourager à les provoquer. Au reste je recommande l'usage et non l'abus.

2073. La périodicité souvent régulière des accès de réaction vasculaire dans la pneumonite chronique, a porté plus d'un praticien à recommander les amers, le quinquina, comme propres à les faire

cesser; ces moyens réussissent quelquefois en effet à faire disparaître, pour un certain temps, les exacerbations du mouvement circulatoire. Alors le sujet reprend momentanément quelques forces, éprouve plus d'appétit, et son état paraît s'améliorer, mais ce résultat est toujours de peu de durée. Néanmoins il n'y a guère d'inconvénient à tenter de l'obtenir, quand l'état de l'estomac et des intestins ne s'oppose point à ce que l'on provoque l'excitation nécessaire à cet effet.

2074. Les malades se plaignent par dessus tout de la faiblesse, alors même qu'ils sont le plus tourmentés par la toux; il leur semble que la faiblesse s'oppose seule à leur guérison. De là l'usage et l'abus des toniques, des excitans, dans le traitement d'une maladie dont l'inflammation fait le fond. Heureusement les temps sont loin de nous, où l'on prodiguait les élixirs, les baumes de toute espèce, mais on n'use point assez des seuls moyens que nous ayons de rallentir les progrès du mal, ceux qui sont appropriés à sa nature inflammatoire.

2075. Peu importe d'ailleurs l'opinion que l'on professe relativement à l'origine des tubercules; que la matière qui les forme se trouve dans le poumon par suite d'une modification morbide *sui generis* primitive, ou que l'inflammation en soit, comme je le pense avec Broussais, le fabricateur immédiat, toujours est-il que l'inflammation du poumon peut occasioner la formation des tubercules, qu'elle la précède très-souvent et ne peut que la favoriser, qu'elle l'accompagne et qu'elle fait tout le danger de

leur présence dans ce viscère; par conséquent c'est l'inflammation qu'il faut combattre, soit comme cause, soit comme effet, soit comme complication, mais à coup sûr comme l'état le plus redoutable pour un poumon envahi par des matières étrangères à sa texture normale. Il n'y a pas moyen de nier ces vérités sans renoncer à l'usage du jugement, et sans nier ce que l'observation démontre chaque jour, aussi acquierent-elles chaque jour de nombreux partisans, et les personnes qui en paraissaient le plus éloignées s'en rapprochent de plus en plus.

2076. Lorsque tout annonce qu'il existe des tubercules dans le poumon, quelle conduite doit-on tenir? Remarquez que le plus ordinairement on n'a lieu de penser que cette matière existe en effet que parce qu'elle réside dans la presque totalité des poumons affectés d'inflammation chronique. Mais lorsque les signes que fournit le cylindre parviennent à convertir cette probabilité en certitude, il ne reste plus qu'à diriger le régime de manière à nourrir assez pour soutenir les forces sans irriter les voies digestives et en accélérant le moins possible le mouvement circulatoire, qu'à procurer de temps en temps du sommeil à l'aide des opiacés, et continuer d'écarter tout ce qui peut irriter les organes de la respiration et de la voix : ce sont-là les seuls moyens de ralentir la désorganisation et de favoriser le travail de guérison s'il vient à s'établir.

2077. On a osé proposer des moyens pour favoriser la fonte des tubercules, après avoir dit que tout le danger que courent les phthisiques prove-

nait de cette fonte et de l'inflammation qui la suit.

Laennec recommandait comme moyens propres à favoriser le ramollissement des tubercules : l'eau de chaux, les caux sulfureuses naturelles et artificielles en bains et en boissons, l'hydro-chlorate d'ammoniaque, les sous-carbonates d'ammoniaque et de soude, le nitrate de potasse et l'hydro-chlorate de soude. Si en effet ces substances étaient douées de la funeste propriété de faire fondre les tubercules, il faudrait en proscrire l'usage : mais elles ont seulement le pouvoir d'irriter les voies digestives, d'accélérer le mouvement circulatoire, d'accroître par conséquent l'irritation pulmonaire et de hâter le dépérissement, toutes les fois qu'on les donne à doses élevées. Quand on les administre à petites doses, elles remplissent des indications purement secondaires, telles que d'exciter la transpiration cutanée, de ranimer momentanément l'appétit, de provoquer la sécrétion de l'urine, et pour peu qu'on en continue l'usage, les accidens fâcheux qui viennent d'être signalés tardent peu à se manifester.

2078. Les sucs de plantes âcres, aromatiques, les champignons, les sudorifiques, la cigue, l'aconit, l'acide hydro-cyanique, les préparations antimoniales, saturnines, les baumes, les résines, le camphre, le soufre, donnés à l'intérieur; l'inspiration des vapeurs aqueuses, émollientes, aromatiques, balsamiques, résineuses, métalliques, des émanations des bestiaux et de l'eau croupie, des gaz oxygène, hydrogène, acide carbonique, hydrogène sulfuré ;

les frictions mercurielles et une foule d'autres moyens ont été préconisés avec partialité manifeste en faveur de chacun d'eux exclusivement. Tous ces moyens ont été efficaces, fort souvent même, à ce qu'on prétend, entre les mains de ceux qui les ont vantés : ils ont échoué dès que d'autres praticiens en ont fait usage. Si jamais ces différentes substances ont été utiles, c'était apparemment dans des cas de simple bronchite chronique ou de pneumonite chronique peu intense. Il se peut aussi que chez quelques sujets l'excitation qu'ils ont procurée ait été trouvée suivie d'une révulsion avantageuse par suite d'une disposition individuelle.

2079. Le chlore porté dans les bronches à travers l'eau vient d'être recommandé comme un excellent moyen pour pallier et peut-être guérir la phthisie pulmonaire. Il en sera probablement de ce moyen comme de tous les autres gaz dont l'inspiration a paru momentanément utile. Mais celui-ci a contre lui la toux qu'il provoque dans tant de circonstances, ce qui le rend susceptible d'aggraver le mal contre lequel on propose de le mettre en usage ; toutefois si la manière dont Ganal l'administre fait disparaître cet inconvénient, elle mérite attention.

2080. Les effets les plus avantageux qu'on ait observés dans le traitement de la pneumonite chronique dépendaient d'une certaine direction imprimée au régime.

Le régime lacté est un des moyens qui ont été le plus vantés, et avec raison, dans le traitement de cette maladie ; quand il est suivi avec persévérance,

il retarde la catastrophe s'il ne parvient à l'empêcher. Que les médecins éclairés ne partagent point les préjugés du vulgaire qui s'étonne qu'un aliment fade puisse procurer une guérison; le temps est passé où, à chaque maladie, il fallait un spécifique choisi parmi des drogues dégoûtantes. Nul aliment n'est aussi peu excitant que le lait pur ou combiné avec les fécules et les mucilages. A la vérité quelques personnes ne le digèrent pas facilement, mais avec un peu de persévérance elles y parviennent : autrement on y ajoute un aromate léger, et dès-lors il passe sans difficulté. D'autres fois, pour le faire digérer, il suffit de le couper avec de l'eau et d'y ajouter du sucre, ou seulement de le donner froid. Tout cela dépend des dispositions individuelles auxquelles il faut toujours avoir égard.

De quelque manière qu'on administre le lait, il faut que le sujet ne prenne pas d'autres alimens, sauf du pain en très-petite quantité. Il n'y a aucun avantage à ne prendre que du lait le matin, si le soir on fait usage d'autres alimens.

2081. L'usage presque exclusif des huîtres, des grenouilles et de divers autres alimens doux, a été quelquefois suivi d'une amélioration notable. On va même jusqu'à prétendre qu'ils ont procuré des guérisons complètes. Ceci peut s'expliquer de la même manière que pour le lait. En effet, toute substance alimentaire de facile digestion, et dont une petite quantité calme promptement la faim, peut être employé avec avantage dans le traitement de toute

inflammation chronique, quel qu'en soit le siége.

Il se peut aussi que les prétendues phthisies pulmonaires guéries par le lait, les huîtres, le bouillon de grenouilles, ne fussent que des gastrites chroniques qu'un régime ténu et adoucissant a fait cesser.

2082. On ne saurait trop recommander aux malades qui souffrent de la poitrine de manger peu, et de choisir leurs alimens parmi ceux dont la digestion développe le moins de chaleur; rien n'est plus absurde et plus barbare que de permettre à un homme souffrant de se gorger de boissons et d'alimens nuisibles, par cela seul que l'on regarde son mal comme incurable: peut-être, s'il faut le dire, est-ce là une des nombreuses causes accidentelles qui rendent la guérison de la phthisie si rare.

Laennec a dit avec raison que, quoique cette guérison soit possible pour la nature, elle ne l'est point encore pour le médecin; mais il fallait ajouter que le médecin l'obtiendra d'autant plus de la nature, qu'il écartera plus diligemment toute espèce de causes d'irritation.

2083. Bayle a proposé de traiter les tubercules et les calculs du poumon par les anti-scrophuleux, les granulations et les encéphaloïdes de ce viscère par les extraits de ciguë, de jusquiame, de belladone, d'aconit; les mélanoses qui se développent dans cet organe par les amers; les ulcères du poumon par les vapeurs médicamenteuses, les fluides aériformes et un air approprié à la nature présu-

mée de l'ulcère : il est bon de rappeler que de pareils conseils ont été donnés par un homme de mérite, afin de ne pas tomber soi-même dans de semblables erreurs.

2084. Le traitement de la pneumonite chronique ou phthisie pulmonaire, ocupe beaucoup plus de pages dans la plupart des ouvrages de médecine que dans celui-ci ; ce qu'on vient de lire nous paraît suffisant pour que l'on sache éviter ce qui nuit, et choisir ce qui peut être utile dans le traitement de cette maladie, qui en dernière analyse n'est si souvent incurable que parce que de fait on ne la traite guère que lorsqu'elle est arrivée au dernier période.

2085. Le changement de lieu est, dit-on, de tous les moyens tentés contre cette maladie, celui qui a été le plus souvent suivi de la suspension ou de la cessation totale de la phthisie. Toute personne à chairs molles, à formes dégagées, à poitrine étroite, qui craint cette maladie, n'a pas, dit Broussais, de meilleur moyen de s'y soustraire que d'aller fixer son séjour dans un pays où il n'y ait point d'hyver ; elle doit y préférer les lieux élevés, secs et exposés aux vents frais. Cependant, ce qu'il importe le plus d'éviter quand le poumon est profondément affecté, c'est d'abord le froid, surtout humide, ensuite une chaleur excessive ; car le premier tend à augmenter ou ranimer l'inflammation du poumon, et le second provoque l'infiltration sanguine de ce viscère et le crachement de sang que suivent bientôt la suffocation ou la suppuration.

Des indications relatives à la stase du sang dans le poumon.

2086. Lorsque le sang est retenu dans le poumon, par une cause quelconque, le moyen le plus puissant pour alléger ce viscère est la saignée, et dans ce cas ce ne sont pas des sangsues qu'il faut appliquer, c'est une veine qu'il faut ouvrir. D'abord une veine du bras, puis la veine jugulaire ou une veine du pied, si les signes de la stase du sang au cerveau se manifestent, la saignée du bras n'ayant pas suffi.

2087. Il faut en outre opérer, aussitôt après la soustraction du sang, une forte rubéfaction aux extrémités inférieures, par le moyen des bains et des cataplasmes irritans.

2088. L'emploi de la saignée est d'ailleurs subordonné à la connaissance de l'état du poumon avant que la stase du sang n'eût lieu dans ce viscère, et aussi à l'état du cœur et du cerveau; mais quel que soit celui de ces derniers organes rarement il contr'indique l'émission sanguine.

2089. La quantité de sang à tirer n'a pas toujours besoin d'être considérable pour procurer un prompt soulagement. Ordinairement il suffit de deux, quelquefois d'une seule palette de ce liquide, pour que le sujet reprenne, au moins pour un certain temps, le libre exercice de la respiration.

2090. Quand on a remédié, au préalable, à la stase du sang dans le poumon, il reste à remplir les indications relatives à l'état de ce viscère ou de

toute autre partie du corps qui entre pour quelque chose dans la production des accidens.

Traitement de l'épanchement sanguin dans le poumon.

2091. L'épanchement sanguin dans le poumon se manifeste de trois manières fort différentes : ou par la mort subite du sujet, ou par la gêne excessive de la respiration et une mort rapide, ou enfin par un crachement de sang copieux.

2092. Les saignées que certaines personnes sont dans l'usage de se faire pratiquer au printemps et même au fort de l'hiver, ne sont jamais mieux motivées que chez les sujets qui ont déjà éprouvé un crachement de sang abondant. Il n'est qu'un moyen de se dispenser sans danger de cette précaution fort sage, c'est de renoncer à tout plaisir de table, à tout aliment excitant, à toute boisson irritante, dès qu'on a craché une seule fois du sang, et d'éviter, non seulement tous les autres excès, mais encore, autant que possible, l'usage de toutes les choses susceptibles d'accélérer le mouvement circulatoire et de précipiter ou suspendre le mouvement respiratoire. C'est ainsi qu'on se préserve des crachemens de sang abondans et de la mort subite par épanchement de ce liquide dans le tissu pulmonaire.

2093. Dès que la respiration devient gênée chez un sujet qui a déjà craché du sang, il faut, pour peu que le pouls soit concentré ou plein, la face rouge ou très-pâle, et les extrémités froides, s'empresser d'ouvrir une veine du bras, toutes les fois que de

véritables contre-indications ne s'y opposent point.

2094. Dès qu'un crachement de sang abondant se manifeste chez un sujet, il faut sur le champ tirer du bras de seize à vingt-quatre onces de sang, ou plutôt tirer de suite assez de sang pour que le sujet en vienne à être sur le point de perdre connaissance, pourvu toutefois qu'une circonstance majeure ne s'oppose pas impérieusement à ce qu'on provoque une si abondante émission sanguine.

C'est surtout de l'efficacité de la première saignée que dépend ordinairement le salut du sujet.

C'est une idée malheureuse que celle des médecins qui ont conseillé de se borner à combattre les crachemens de sang par de petites saignées journalières, et non d'abord par une très-large saignée.

2095. Après la première émission sanguine, proportionnée à l'intensité de l'hémorrhagie, celle-ci s'arrête très-souvent, ou diminue au point que l'on est en droit d'espérer qu'elle tardera peu à cesser; sinon l'on répète la saignée, à moindre dose, non pas *tous les jours*, ni *pendant un mois*, mais chaque jour où le pouls s'élève, devient dur ou rebondissant, jusqu'à ce que l'hémorrhagie cesse ou diminue notablement, à moins que la chute des forces musculaires et un dépérissement parfois très-prompt ne viennent contr'indiquer toute émission sanguine artificielle, lors même que l'hémorrhagie continue.

2096. Lorsque, malgré l'ouverture répétée de la veine, cette hémorrhagie persiste, faut-il prescrire un lavement drastique ou une potion purgative? Le la-

vement est ordinairement sans inconvénient. En serait-il de même de la potion? Que l'on donne, par le haut, des purgatifs dans le cas d'hémorrhagie bronchique peu abondante, il n'y a point de danger, si l'on agit sur des voies digestives sans irritation; mais il y a plusieurs inconvéniens à prescrire ces moyens lorsque l'hémorrhagie pulmonaire persiste, car il peut en résulter de l'irritation dans l'estomac et le duodénum, et par suite l'accélération du mouvement circulatoire ou une faiblesse notable, effet d'évacuations abondantes que vient accroître celle qu'ont produite les émissions sanguines. Sydenham, qui n'était point ennemi de l'emploi des évacuans dans le traitement du crachement de sang, disait qu'il ne fallait pas tant purger dans cette hémorrhagie que dans celle du nez, parce que les purgations fréquentes jetaient aisément le malade dans la phthisie. Si l'on n'a point remarqué cette importante restriction apportée à l'emploi des purgatifs par ce praticien célèbre, c'est qu'on a négligé ce qu'il avait dit en 1685, pour s'en tenir au passage où il est fait mention de ces moyens contre le crachement de sang, dans sa *Méthode complète pour guérir les Maladies*, ouvrage posthume, peu digne de lui.

2097. A cela près de ce qu'on vient de lire, tous les moyens indiqués dans le traitement de l'hémorrhagie bronchique (1827) sont également indiqués dans l'hémorrhagie pulmonaire.

Traitement de l'hydropisie du poumon.

2098. On ignore si l'hydropisie du poumon peut jamais être primitive, on ne peut donc rien dire du traitement qui serait indiqué si elle venait à avoir lieu. Quand elle se manifeste chez un sujet affecté d'hydropisie d'une autre partie, il n'y a d'indications à remplir que celles qui dépendent de cette dernière.

2099. Mais le plus ordinairement l'hydropisie du poumon suit l'inflammation aiguë ou chronique de ce viscère ou l'inflammation chronique des bronches. Le plus ordinairement aussi cette hydropisie ne survient qu'à la fin d'une maladie, et souvent même peu d'heures seulement avant la mort : en pareille circonstance, il ne faut pas espérer de la faire disparaître. Néanmoins Laennec pense avoir rencontré beaucoup de cas où elle avait évidemment duré plusieurs semaines et même plusieurs mois, et il va jusqu'à dire que dans quelques-uns cette hydropisie lui paraît avoir été idiopathique. Il appartenait à ce médecin de donner les règles du traitement d'une maladie qu'il a pour ainsi dire créée; mais comment l'aurait-il pu faire, puisqu'elle se manifeste le plus ordinairement à une époque où aucun succès n'est possible, puisqu'il est à peine possible de la reconnaître avant la mort, puisque, dans le plus grand nombre de cas, elle est mêlée à des altérations manifestement dépendantes de l'inflammation.

2100. L'application d'un vésicatoire sur le thorax,

les boissons chaudes, légèrement aromatiques et acidules, les diurétiques et les purgatifs, tels sont les moyens qu'il convient de mettre en usage, sauf les contr'indications, lorsque l'on soupçonne qu'à l'inflammation du poumon vient succéder l'hydropisie, ou que l'hydropisie d'un autre organe se répète dans le poumon où s'étend jusqu'à ce viscère.

Indications relatives à la présence des hydatides dans le poumon.

2101. Plusieurs faits, observés par Fouquier, Smith, Andral, établissent qu'après l'expectoration d'hydatides développées dans le poumon, les symptômes de lésion de cet organe ont cessé et que les sujets ont recouvré la santé, au moins en grande partie, mais il n'existe aucun moyen à l'aide duquel on puisse provoquer cette évacuation, alors même qu'on serait certain de la présence des acéphalocistes dans ce viscère.

2102. Lorsqu'un sujet expectore des hydatides, il n'y a pas d'autre marche à suivre que celle qui est indiquée par les autres symptômes relatifs à l'état du poumon et des autres organes.

Laennec propose, en pareil cas, le sel commun, sans dire comment il doit être administré : a-t-il entendu que le sujet devait être plongé dans l'eau salée; ou qu'il devait en boire?

2103. Serait-ce là un des cas où les fumigations de chlore pourraient être employées avec avantage?

Indications relatives à l'emphysème du poumon.

2103. Laennec n'indique pas d'autres moyens contre l'infiltration gazeuse du poumon, que ceux qu'il a recommandés contre la dilatation des vésicules bronchiques et des bronches (1873).

Indications relatives à l'hypertrophie et à l'atrophie du poumon.

2104. Ce qu'on a cru pouvoir appeler l'hypertrophie et l'atrophie du poumon ne peut devenir un sujet d'indications, puisque ces deux états, qui co-existent assez souvent, l'un d'un côté, l'autre de l'autre, sont purement secondaires.

Traitement des névralgies du poumon.

2105. Lorsque Laennec soupçonnait une lésion des nerfs du poumon, il avait recours, pour calmer la douleur : aux frictions d'axonge et de deuto ou de proto-chlorure de mercure sur une partie quelconque du corps ; à la résine de copahu et à la térébenthine aromatisée avec le baume de Tolu ; aux plaques aimantées ; à l'application au dessous de la mamelle ou sur la partie inférieure du sternum, d'un vésicatoire qu'il faisait long-temps suppurer. De tous ces moyens, le dernier seul offrait quelque apparence d'opportunité ; le premier pouvait être dangereux et était à coup sûr sans motif ; le second, empirique ; le troisième, absurde.

Indications relatives aux spasmes du poumon.

2106. Il n'y a rien de plus à dire des spasmes du poumon que de ceux des bronches ; si ce n'est que signaler de tels états morbides, c'est moins faire des double-emplois que marquer des lacunes et faire ressortir le vide de prétendus sujets d'indications, qui tiennent tant de place dans le langage des praticiens, et si peu dans le tableau des véritables acquisitions de la science.

Traitement de l'atonie du poumon.

2107. Les tubercules ont été ouvertement ou tacitement attribués à une faiblesse native des poumons, dès que l'on a oublié les rapports de leur formation avec l'inflammation ; aussi conseillait-on une nourriture substantielle et les toniques de toute espèce, pour fortifier les enfans et les jeunes gens qui paraissaient disposés à la phthisie. Aujourd'hui, on ne sait plus guère ce qu'il faut entendre par l'atonie du poumon, et l'on n'est plus même aussi empressé à donner du kermès quand l'expectoration cesse ou diminue, car la faiblesse du poumon est un des états morbides sur lequel on a le moins de données, et s'il y a du vrai en ce genre il est encore à trouver.

2108. On ne doit pas toutefois s'inscrire en faux contre la possibilité d'une véritable atonie du poumon ; peut-être, comme on l'a tant de fois sup-

posé, de trop abondantes émissions sanguines peuvent-elles la produire, mais encore une fois ce n'est là qu'un soupçon.

2109. La faiblesse du poumon, que l'on suppose avoir lieu quand l'air atmosphérique est remplacé par un gaz quelconque dans le poumon, celle qu'on est porté à admettre quand ce viscère cesse d'agir par suite de la diminution de l'influence nerveuse, exige d'une part le retour à l'air respirable, et de l'autre l'excitation de l'organe de l'odorat, celui de tous qui est le plus en rapport direct avec l'appareil respiratoire.

Indications relatives aux altérations de la respiration.

2110. Le traitement des troubles de la respiration était purement symptomatique ou fondé sur des indications imaginaires quand l'anatomie pathologique n'avait pas encore révélé la nature et le siége des lésions qui donnent lieu à ces symptômes. Mais dans leur production, il existe une affection du système nerveux à laquelle il est nécessaire de remédier autant qu'on le peut, et surtout autant qu'on le peut sans nuire à l'organe dont la lésion provoque cette affection.

2111. On est dans l'usage de chercher à provoquer l'expectoration chez tous les asthmatiques, comme si c'était là l'unique moyen de les soulager: on y parvient en effet quelquefois de cette manière; le plus souvent on échoue; toujours le soulagement est passager.

Les vomitifs répétés de loin en loin soulagent les asthmatiques, mais il serait dangereux de les prescrire avant de s'être assuré qu'il n'existe point de lésion des viscères pectoraux qui en contre-indique l'emploi.

Outre les indications relatives à la nature et au siége du mal, il est avantageux d'exciter, par tous les moyens, l'action de la peau, non pas seulement par un cautère, par exemple, qui, après quelques temps, ne produit plus aucune dérivation, mais par une excitation sans cesse variée et renaissante, telle que celle que procurent les bains très-chauds de bras, les frictions sèches, les frictions aromatiques, les ventouses, les scarifications, les fomentations rubéfiantes, les sinapismes, les vésicatoires volans.

Jamais d'ailleurs on ne doit négliger de faire respirer au malade un air frais, pur et agité, surtout à l'instant des accès.

Les ferrugineux, le quinquina et les excitans, donnés dans l'intervalle des accès, les rendent quelquefois plus rares; mais cela n'a lieu que lorsque les voies digestives sont en bon état. Parmi ces moyens, ceux qui n'accroissent point la fréquence du pouls, les ferrugineux, par exemple, sont préférables, précisément à cause de cela. Il serait absurde de considérer ces moyens autrement que comme des palliatifs, mais le médecin est obligé de recourir aux moyens qui soulagent lorsqu'il ne peut guérir.

Si au lieu de dire j'ai guéri radicalement tel

malade par tel moyen, on avait dit plus modestement tel malade s'est trouvé soulagé après l'emploi de tel moyen, aucun fait n'aurait été dédaigné; mais on abuse tellement de la crédulité des élèves, que, devenus praticiens, ils cessent de croire au pouvoir de l'art ou finissent par devenir eux-mêmes charlatans.

Nous ne pouvons mieux terminer qu'en citant textuellement ce passage important de Laennec, parce qu'il renferme un excellent conseil pratique. « Quelles que soient les causes occasionelles ou les élémens de l'asthme, on ne doit pas négliger de tirer du sang toutes les fois que la lividité de la face, la force de la constitution et l'énergie trop grande des contractions du cœur annoncent qu'il y a congestion sanguine vers le poumon; mais il ne faut pas abuser de ce moyen qui ne produit en général qu'un soulagement passager. La saignée est rarement utile dans les attaques d'asthme après les premiers jours; et, si on la répète trop souvent, on courre risque, en affaiblissant trop le malade, de compromettre sa vie ou de prolonger l'attaque. »

2112. Parmi les nombreux troubles que la respiration subit dans les maladies aiguës, on n'a guère invoqué des secours que contre la gêne, la brièveté de la respiration, parce que les malades ne demandent des remèdes que contre la douleur. Le temps est trop précieux dans les maladies aiguës pour que l'on s'arrête à combattre la difficulté de la respiration autrement que par les moyens propres à faire

cesser l'état morbide de l'organe dont la lésion donne lieu à ce symptôme.

2113. La cessation de la respiration, l'asphyxie ou plutôt l'apnée provient de causes si différentes qu'aucun traitement général ne peut être conseillé pour la combattre, à l'exception de la saignée et des stimulans de la peau (1881-1890).

2114. On n'a point encore déduit d'indications spéciales des changemens survenus dans le caractère ou la situation des bruits respiratoires, ni de l'apparition de bruits insolites dans la poitrine; si l'on n'a point fait autant de maladies de ces symptômes, c'est qu'ils ont été, dès leur découverte, ralliés aux altérations d'organe qui les produisent. Ainsi ont été évités les deux écueils sur lesquels tant de bons observateurs, tant de bons praticiens d'autrefois ne pouvaient manquer d'échouer.

2115. Pour certains praticiens, le traitement des maladies des bronches, du poumon et même celui de toutes les maladies où la toux se manifeste, se réduit à l'emploi des moyens propres à calmer ce symptôme. Les malades sont d'ailleurs si impatiens de s'en voir débarrassés, que les médecins routiniers se tourmentent de bonne foi à satisfaire directement un désir si naturel d'ailleurs, par d'innombrables formules dont la variété inépuisable fait l'admiration des apothicaires qu'elles enrichissent. Les pharmaciens eux-mêmes s'évertuent à composer des sirops, des pastilles contre la toux. L'opium et l'ipécacuanha dominent dans toutes ces préparations qui soulagent quelquefois momentanément, qui ne

guérissent jamais, et qu'on ne peut toujours refuser aux malades, en les administrant avec assez de réserve pour ne point nuire, dût-on même ne pas soulager autant qu'un charlatan dont l'audace brave tous les risques.

CHAPITRE VII.

DES MALADIES DE LA PLÈVRE (1).

2116. La plèvre n'est en contact qu'avec elle-même à sa surface libre et ne reçoit par conséquent l'impression d'aucun agent extérieur, aussi long-temps qu'elle n'est point ouverte. Elle s'affecte par suite des contusions du thorax, et par l'effet des causes qui agissent sur la peau ou sur les bronches; les maladies du poumon, du péricarde et du cœur étendent leur influence jusqu'à cette membrane dans la plupart des cas; enfin elle est en rapport d'action avec les autres membranes séreuses, ce qui devient pour elle une source fréquente de maladies.

2117. Les maladies de la plèvre ont été méconnues fort long-temps parce qu'on les confondait avec celles du poumon; on a été jusqu'à nier qu'elles pussent se développer primitivement et exister à l'état de simplicité. C'était là une grande erreur qui a nui plus d'une fois au succès du traitement.

(1) Bonet, *Sepulchretum*. — Morgagni, *de Sed. et caus.* — Baillie, *Anat. path.*, trad. de l'Anglais par Guerbois; Paris, 1815. — Broussais, Laënnec, *Op. cit.*

2117. Une autre circonstance a fait méconnaître les maladies de la plèvre jusque dans ces derniers temps, et même aujourd'hui plusieurs praticiens en ont une idée inexacte : on faisait consister presque toutes les maladies de cette membrane dans des altérations variées du fluide qu'elle exhale. C'est ainsi qu'on voyait toutes les maladies du canal intestinal dans les différens aspects des matières fécales.

ARTICLE PREMIER.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DE LA PLÈVRE.

2119. L'emploi du cylindre ou du moins l'usage de l'ouïe est indispensable, non seulement pour distinguer les maladies de la plèvre de toutes les autres maladies de poitrine, mais encore pour distinguer les unes des autres les maladies de cette membrane elle-même ; si l'on néglige ce moyen d'exploration on en est toujours réduit à des conjectures.

§ I. De l'inflammation de la plèvre (1).

2120. Les causes les plus susceptibles de déterminer l'inflammation de la plèvre sont : les plaies des parois du thorax, l'introduction de corps étran-

(1) *Pleurésie. Pleurite.* — Baglivi, *Op. med.* — Boerhaave, *Aph.* — Triller, *de Pleuritide;* Francfort, 1740. — Wendt, *de Pleuritide;* Goettingue, 1762. — Stoll, *Rat. med*, t. 2. — Labaud, *de Locis affectis in pleuritide*; Halle, 1796.

gers dans cette cavité, les fractures des côtes, les secousses imprimées au tronc dans les chutes, les coups sur cette partie, les contusions, le supplice des verges encore usité en Autriche, les cris, les efforts souvent répétés de toux, d'éternuement, de hoquet, de vomissement.

2121. Le refroidissement subit de la peau couverte de sueur, le passage subit de l'exercice au repos, d'un lieu exposé au soleil dans un endroit ombragé, d'un lieu chaud dans un lieu frais, l'humidité des pieds ou des vêtemens, le coucher sur l'herbe humide, le rejet des vêtemens chauds intempestif ou prématuré, le rafraîchissement de l'estomac occasioné par les boissons froides ou les glaces, l'exposition à un vent froid ou seulement à un courant d'air frais, telles sont les causes les plus fréquentes de l'inflammation de la plèvre.

2122. La plèvre s'enflamme encore par suite de l'inflammation aiguë ou chronique du poumon, des bronches ou du péricarde, des maladies du cœur ou des gros vaisseaux, de la cessation subite des phlegmasies de la peau ou des douleurs des membres, du retard ou de l'interruption de l'hémorrhagie nasale, des règles ou des lochies.

2123. Les affections tristes, déprimantes, le chagrin, la crainte habituelle, disposent aux phlegmasies de la plèvre.

2124. On observe ces inflammations, tantôt et plus souvent à l'état aigu, chez des personnes à poitrine large, colorées, replètes, à système sanguin énergique, sujettes aux hémorrhagies, qui ont contracté

puis interrompu l'usage des saignées de précaution, ou chez lesquelles un écoulement sanguin a été interrompu; tantôt et plus souvent à l'état chronique, chez les sujets à poitrine étroite, pâles, grêles, très-sensibles, irritables.

2125. L'abus des plaisirs sexuels est encore une cause trop commune et très-puissante de l'inflammation surtout chronique de la plèvre, et qui a le triste privilège de la déterminer chez des sujets doués de constitutions les plus opposées.

2126. L'abus des liqueurs fermentées produit aussi très-souvent l'inflammation de la plèvre, mais comme celle-ci est alors presque toujours chronique, ou sans rapport apparent avec sa cause quand elle est aiguë, il est rare que les médecins eux-mêmes n'en méconnaissent pas l'origine.

2127. Les blessés, les opérés sont très-souvent enlevés tout à coup par des inflammations foudroyantes de la plèvre.

1° De l'inflammation aiguë de la plèvre.

2128. Dans les cas où l'inflammation aiguë de la plèvre est le mieux caractérisée, le sujet, ordinairement après un frisson vif et court, est pris d'une douleur violente, fixe et pongitive dans un ou plusieurs points de la poitrine, d'une gêne excessive de la respiration et d'une toux sèche qui toutes deux réveillent ou augmentent la douleur et que la douleur augmente, de telle sorte que la toux ne s'achève point et que chaque inspiration est brusquement

interrompue; le malade se couche pour l'ordinaire sur le côté malade ou sur le dos, parce que le coucher sur le côté sain lui occasione un sentiment de suffocation; le pouls est dur, plein et fréquent, surtout le soir; la peau est chaude, sans sécheresse, l'appétit nul, la langue pâle, l'urine peu abondante ou nulle.

Ces symptômes sont souvent compliqués avec ceux de la bronchite, de la pneumonite, de la péricardite, et par conséquent obscurcis, masqués ou du moins modifiés, ce qui fait très-souvent méconnaître la phlegmasie de la plèvre.

La douleur est ordinairement pongitive, fixe; elle se fait sentir le plus souvent au dessous du mamelon ou plus en dehors à la même hauteur; quelquefois elle change de place, et même elle cesse dans un côté de la poitrine, puis se fait sentir dans l'autre. L'inspiration, la toux, le rire, tous les mouvemens, en un mot, des parois du thorax, l'exaspèrent, la rendent lancinante ou la renouvèlent quand elle paraît sur le point de céder; la pression exercée sur les espaces intercostaux l'augmente quelquefois.

Lorsque cette douleur arrive au dernier degré d'intensité, elle semble occuper toute la poitrine, ne plus avoir de siége fixe, et se multiplier; elle devient lancinante, brûlante, gravative, se propage dans toutes les directions, et paraît quelquefois traverser le tronc.

La gêne de la respiration peut aller jusqu'à jeter le malade dans une crainte continuelle de suffo-

cation. Elle est surtout fort intense quand déjà il existait une bronchite sans expectoration, ou un état habituel d'essouflement.

Lorsque la douleur arrive au dernier degré, les parois de la poitrine sont immobiles, l'abaissement du diaphragme contribue seul à l'ampliation du thorax, l'oppression est telle que le sujet se tient assis, penché en avant (1), sans oser tousser; la face est rouge, les traits sont décomposés, le sujet est dans une grande anxiété.

La toux est rare, et pourtant le malade éprouve sans cesse le besoin de s'y livrer, mais il n'ose s'y abandonner en raison de la gêne de la respiration, de telle sorte que cette fonction est sans cesse brisée, pour ainsi dire, par la crainte instinctive de la douleur et la volonté du sujet. La toux est ordinairement sèche.

Lorsque la maladie est convenablement et heureusement traitée, et lorsqu'elle se résout sans le secours de l'art, ce qui arrive rarement quand tous les symptômes se sont montrés avec autant d'intensité, le sujet, après quelques jours, éprouve moins de douleur, la gêne de la respiration cesse ou du moins diminue notablement, l'inspiration n'est plus interrompue, la toux est plus rare et moins douloureuse, il se manifeste quelquefois des crachats; le pouls est moins dur et moins fréquent, la peau devient moite, l'urine coule plus souvent et plus abondamment. Le rétablissement est souvent très-

(1) *Orthopnée.*

prompt, de telle sorte qu'une semaine environ suffit à l'invasion de la maladie et au commencement de la convalescence.

2129. Il est plus commun de voir la pleurésie se manifester avec moins de violence. Ainsi, la douleur, qui est d'ailleurs le symptôme le moins séparable de cette phlegmasie, est souvent moins intense, plus supportable, mais elle conserve son caractère qui est d'arrêter l'inspiration, de rendre la respiration entrecoupée, et de se renouveler ou de devenir lancinante par la toux. La gêne de la respiration est souvent peu marquée, et semble ne dépendre que de l'interruption apportée par la douleur à l'inspiration; parfois même elle n'est sensible que pour le médecin, le sujet ne s'en plaignant aucunement; elle cesse dès que la douleur devient supportable : il ne faut donc pas attacher à la diminution de l'oppression autant d'importance que le faisait Baglivi. Quelquefois il n'y a pas de toux, et si alors la gêne de la respiration est nulle ou peu marquée et la douleur faible, celle-ci n'étant point accusée par le malade, on peut, si l'on s'en tient aux symptômes qui viennent d'être retracés, méconnaître la nature et le siége de la maladie.

Dans d'autres cas le sujet se plaint de douleur dans les parois de la poitrine, mais cette douleur n'arrête point l'inspiration; il se plaint de gêne dans la respiration, mais la respiration n'est point entrecoupée; il tousse, mais la toux n'augmente ni ne réveille la douleur.

Il peut même arriver que la plèvre soit fortement enflammée et dans une très-grande étendue, sans que le sujet ressente ou accuse aucune douleur, se plaigne d'aucune gêne de la respiration, et sans qu'il tousse une seule fois (1). C'est ce qui quand arrive la pleurésie est très-peu étendue; lorsque la plèvre s'enflamme dans l'agonie des maladies aiguës ou chroniques, surtout en hiver; enfin quand il ne se forme que peu ou même point d'épanchement.

2130. Comment a-t-on constaté que l'inflammation de la plèvre pouvait avoir lieu sans se manifester par aucun signe caractéristique, ni même par aucun symptôme? L'ouverture des cadavres pouvait seule reveler cette vérité. Les travaux de Laënnec, joints à ceux d'Avenbrugger et de Corvisart, ont fourni le moyen de remédier à l'absence des signes anciennement connus de la pleurésie.

2131. L'inflammation aiguë de la plèvre est, suivant Laënnec, toujours (on verra plus loin qu'il fallait dire presque toujours) accompagnée d'une exhalation à sa surface interne; cette exhalation paraît commencer dès les premiers instans de l'inflammation, et produit ordinairement une matière demi-concrète, disposée en couches membraniformes, une matière très-liquide, séreuse, enfin parfois du sang, outre les matières qui viennent d'être indiquées, et quelquefois du sang à peu près pur.

(1) *Pleurésie latente.*

Dès que l'épanchement est formé, si l'on percute la poitrine, elle fait entendre un son mat. Il reste à déterminer si le caractère de ce son provient d'une pleurésie ou d'une pneumonite. Si le son est mat dans une grande étendue, il est probable qu'il s'agit d'une pleurésie, surtout lorsque peu après il s'étend à tout le côté affecté ou du moins à toute sa moitié inférieure (1).

Jusqu'ici le diagnostic est encore obscur, mais, si l'on a recours au cylindre, voici ce qu'on observe.

S'agit-il en effet d'un épanchement copieux dans la plèvre, on trouve d'abord le bruit respiratoire diminué ou déjà nul dans le côté affecté, ce qui, en général, n'établit pas encore que la plèvre soit enflammée ; mais si, après quelques heures seulement de maladie, déjà on n'entend plus, en aucune manière, le bruit respiratoire dans tout le côté affecté, sauf le long de la colonne vertébrale où on l'entend encore dans une largeur d'environ trois doigts, mais plus faiblement que de l'autre côté, quand un seul est malade, on peut affirmer qu'il y a inflammation aiguë de la plèvre avec épanchement abondant, lors même que la douleur ne se ferait point sentir. Ainsi donc l'absence subite, égale, uniforme, complète, du bruit respiratoire, quels que

(1) M. Piorry a voulu caractériser le degré de *matité* du son que rend la poitrine percutée, quand elle recèle de la sérosité, en le comparant à celui que font entendre les régions cardiaque et hépatique quand on les percute ; mais ce sont-là des nuances que l'oreille saisira toujours difficilement, même aidée de la plaque employée par ce médecin.

soient les efforts d'inspiration, est un signe non équivoque de pleurésie aiguë, récente, avec épanchement abondant. La persistance du bruit respiratoire le long de la colonne vertébrale vient ajouter à la certitude des signes précédens.

Si l'épanchement est moins abondant, la respiration s'entend encore au dessous des clavicules.

Lorsque l'épanchement est peu considérable, après quelques heures et même quelques jours, la respiration se fait encore entendre dans tout le côté malade, mieux qu'elle ne semblerait devoir le faire en raison du son mat que la percussion procure, mais moins que du côté sain. L'épanchement augmentant, le bruit respiratoire diminue peu à peu et finit par s'éteindre, excepté à la racine du poumon où on l'entend toujours un peu.

Quand l'épanchement est déjà considérable, le bruit respiratoire est très-fort dans le côté opposé à celui qui est affecté, il retentit même quelquefois à travers celui-ci, ce qui peut devenir une cause d'erreur.

Lorsque l'épanchement diminue, le bruit respiratoire, qui avait continué à se faire entendre dans la région dorsale, devient plus sensible; puis ce bruit recommence à la partie antérieure et supérieure de la poitrine et sur le sommet de l'épaule; ensuite on l'entend en outre sous l'omoplate, enfin il reparaît graduellement dans le reste du côté affecté. Ce retour du bruit de la respiration est plus lent dans la pleurésie que dans la pneumonite; des semaines, des mois se passent même quelquefois

avant qu'il soit rétabli partout. Parfois il ne redevient jamais aussi net qu'auparavant.

Le son obtenu par la percussion reprend quelquefois sa clarté avant que le bruit respiratoire ne soit rétabli. D'autres fois c'est le contraire.

2132. Il est un autre signe dont la découverte est due à Laennec, et qu'il a désigné sous le nom d'*égophonie* (1). Il semble à l'observateur, explorant la poitrine à l'aide du cylindre, qu'à l'instant où le malade parle, une voix aiguë, aigre, en quelque sorte argentine, tremblante et saccadée, chevrotante en un mot, frémisse à la surface du poumon. Le chevrotement argentin est tantôt intimement lié à la voix, d'autres fois on l'entend séparément comme à une certaine distance, d'autres fois enfin on l'entend après elle. Quand la voix chevrotante se fait entendre près d'une bronche volumineuse et surtout à la racine du poumon, elle forme avec la résonnance bronchique le son d'une voix transmise à travers un porte-voix métallique ou un roseau fendu, ou articulée par un homme ayant un jeton entre les dents et les lèvres, ou enfin elle imite la voix de polichinelle. En même temps elle se fait ordinairement entendre à l'état de pureté à la partie supérieure du bord externe de l'omoplate.

La voix chevrotante est un phénomène beaucoup moins sensible, moins constant et moins sûr que le son mat, l'abolition et le retour du bruit respira-

(1) *Voix chevrotante.*

toire : mais il paraît certain que l'égophonie n'existe que chez des sujets qui ont un épanchement liquide médiocrement abondant dans la plèvre.

Quand ce phénomène a lieu, c'est ordinairement dès les premières heures, mais il ne devient manifeste que le second, le troisième ou le quatrième jour, et presque jamais avant que le bruit respiratoire n'ait cessé et que le son ne soit devenu mat.

A mesure que l'épanchement diminue, la voix chevrotante devient de moins en moins sensible; souvent celle-ci ne dure que deux ou trois jours; elle cesse également quand l'épanchement augmente et devient très-abondant. Lorsqu'un épanchement très-abondant vient à diminuer, elle se fait encore entendre.

Elle n'a point lieu quand l'épanchement abondant s'établit tout-à-coup; quand la pleurésie se développe chez un sujet dont le poumon est adhérent à la région dorsale; quand enfin il n'y a pour tout épanchement que de la matière demi-concrète membraniforme.

Ce phénomène peut être confondu par une oreille obtuse ou très-peu attentive avec la pectoriloquie : on conçoit combien une pareille erreur peut altérer le pronostic et nuire à la direction du traitement.

Un trait caractéristique est que la résonnance chevrotante de la voix s'entend toujours dans une certaine étendue d'un côté de la poitrine, tandis que la résonnance caverneuse de la voix ou la pectoriloquie ne s'entend que dans un point; celle-ci est d'ailleurs généralement plus durable que l'égopho-

nie. Cependant cette dernière peut persister plusieurs mois, de sorte qu'il faut en revenir, pour prononcer, à la nature même du son et à l'examen réfléchi du lieu où on l'entend et de ses rapports avec les autres symptômes.

L'égophonie paraît vers l'époque où le son commence à devenir mat et le bruit respiratoire moins sensible; quand elle existe dans la totalité ou la presque totalité d'un côté de la poitrine, l'épanchement est médiocre, uniformément répandu, et dans ce cas presque toujours on entend encore quelque peu le bruit respiratoire.

En somme, le son mat, la diminution notable et plus encore la disparition du bruit respiratoire et la résonnance chevrotante de la voix dans la poitrine étant réunis, ne laissent absolument aucun doute sur la présence d'un épanchement dans la plèvre.

Sont-ce là des signes de pleurésie? Non pas précisément, ce sont seulement des signes d'épanchement dans cette membrane. Ici se présente le problème suivant : Tout épanchement dans la plèvre est-il constamment l'effet de l'inflammation de cette membrane? Si l'on répond affirmativement, le diagnostic de la pleurésie est des mieux établis, et les hydropisies de la plèvre sont irrévocablement ralliées parmi les effets de l'inflammation. Si l'on distingue des épanchemens par inflammation, et des épanchemens indépendans de cet état morbide, Laennec n'a fait qu'indiquer les signes de la présence d'un liquide dans la plèvre; mais le fait est que la pleurésie, dans la presque totalité des cas, est accompagnée

d'un épanchement, par conséquent les signes de celui-ci contribuent puissamment à établir le diagnostic de l'inflammation de la plèvre : Laennec lui-même n'admet que comme un fait fort rare l'épanchement primitif de sérosité dans cette membrane.

2133. Il est d'ailleurs des pleurésies sans épanchement (1): elles sont rares, selon Laennec, toujours partielles et peu étendues, et ne surviennent guère que chez les sujets affectés de pneumonite chronique avec marasme; elles sont réelles, quoique peu communes, selon Andral. Si l'on n'avait pas égard à la résorption de la sérosité, qui a lieu au déclin de la vie et même après la mort, les pleurésies sans épanchement ne paraîtraient pas rares; c'est ainsi que l'on croyait souvent en rencontrer avant que l'on écoutât dans la poitrine. En somme, il est démontré que la plèvre peut, rarement à la vérité, s'enflammer sans verser de liquide : ici point de secours à espérer du cylindre pour découvrir la lésion de cette membrane.

Cependant Andral pense que le bruit respiratoire est affaibli, quand la plèvre enflammée ne verse pas de sérosité, et il attribue cette diminution à ce que la douleur met obstacle aux mouvemens du thorax. Ce signe serait d'un faible secours.

2134. Laennec affirme que, dès la quatrième heure, à dater de l'invasion de la maladie, le côté où se trouve la plèvre enflammée est souvent manifestement dilaté par suite de l'épanchement.

(1) *Pleurésie sèche.*

2° De l'inflammation des deux plèvres.

2135. Dans tout ce qui précède, nous n'avons pas tenu compte de l'étendue de l'inflammation pleurétique; néanmoins, à l'occasion des signes fournis par le cylindre, nous avons toujours fait allusion aux cas où la pleurésie n'existe que d'un seul côté.

2136. Il est rare qu'une inflammation intense vienne envahir à la fois la totalité des deux plèvres; quand cela arrive, que l'épanchement soit abondant dans les deux côtés de la poitrine, dans un côté seulement et médiocre dans l'autre, ou qu'il soit médiocre dans tous deux, la mort en est presque toujours promptement le résultat. Cette double phlegmasie ne se prolonge que lorsqu'elle est partielle au moins d'un côté.

2137. Il est moins rare que, peu d'heures avant l'agonie ou la mort, dans les maladies aiguës, il s'établisse une pleurésie double, peu intense, ou que la plèvre qui était restée intacte, quoique la plèvre opposée fût enflammée, vienne à s'enflammer elle-même légèrement.

2138. La pleurésie double a ceci de remarquable que pour peu qu'elle soit intense, plusieurs de ses symptômes sont plus marqués que dans le cas où l'inflammation n'occupe qu'un seul côté, mais la douleur est ou générale ou mobile dans les deux côtés, et souvent elle n'est point accusée par le sujet qui éprouve seulement une anxiété inexpri-

mable. Cette anxiété est quelquefois le seul symptôme qu'on observe.

Ce symptôme lui-même manque quelquefois. Il ne reste plus alors que l'examen de la respiration à l'aide du cylindre et la voix chevrotante qui puissent révéler la phlegmasie.

3° De l'inflammation partielle de la plèvre.

2139. Nous avons indiqué plus haut ce qui peut servir à faire reconnaître l'inflammation de la plèvre d'un seul côté; il est un autre cas qui mérite d'être signalé. L'inflammation peut encore ne pas envahir toute une plèvre et ne l'affecter que partiellement. Andral a constaté la fréquence de ces phlegmasies circonscrites; le plus souvent elles ne donnent lieu à aucun trouble dans le mouvement circulatoire, et ne portent point atteinte aux autres fonctions; une douleur, bornée à un point peu étendu de la poitrine, tantôt peu vive et passagère, tantôt assez forte pendant quelques jours, tel est le symptôme le plus caractéristique, encore manque-t-il souvent.

2140. Lorsque l'inflammation est bornée à la portion de la plèvre qui revêt le diaphragme, on observe, selon Andral, une douleur parfois très-vive le long du bord cartilagineux des côtes asternales, s'étendant le plus souvent dans les hypochondres et quelquefois jusque dans les flancs; l'immobilité complète du diaphragme dans l'inspiration, celle-ci ne se faisant plus que par l'élévation des côtes; l'alté-

ration subite des traits; une gêne telle de la respiration que le sujet est obligé de se tenir assis le tronc incliné en avant. Ce dernier symptôme manque quelquefois; d'autres encore moins constans sont le hoquet, les nausées, le vomissement, quoique l'estomac soit sain.

Si l'inflammation de la plèvre est bornée à la partie de cette membrane qui revêt le côté droit du diaphragme, le foie peut s'irriter et la peau devenir jaune; on est alors exposé à prendre cette pleurésie partielle pour une hépatite.

Lorsque l'inflammation est bornée à la partie de la plèvre qui tapisse les surfaces de deux lobes contigus du poumon, les symptômes en sont fort obscurs, la plupart d'entre eux manquent souvent. Quand la phlegmasie a lieu dans le médiastin, on peut la confondre avec la péricardite. Quand elle s'établit dans une petite portion seulement de la plèvre costo-pulmonaire, le diagnostic est difficile à préciser. Lorsque la pleurésie est très-peu étendue, elle donne lieu à peu d'épanchement et le cylindre est de peu d'utilité.

Au reste, les pleurésies bornées à une petite partie de la plèvre sont peu graves par elles-mêmes, et la mort n'a guère lieu que par suite d'affections concomitantes.

2141. Sauvages a indiqué comme signes de l'*inflammation du médiastin* (1) : une douleur obtuse

(1) *Médiastinite. — Pleurésie du médiastin. —* Kerstens. *De pleuritide mediastini*; 1784.

et comme pesante au centre de la poitrine, qui se propage le long du sternum et se termine au cartilage xyphoïde, un sentiment interne de malaise et de chaleur, une gêne médiocre de la respiration qui augmente peu dans l'inspiration, une soif excessive, une toux sèche ou des crachats rares, peu abondans, peu colorés, une grande inquiétude, la chaleur de la peau et la fréquence du pouls.

La suppuration est parfois l'effet de l'inflammation du médiastin; il en résulte des collections de pus dont le diagnostic est toujours fort obscur.

Andral rapporte, comme un cas d'inflammation du médiastin, qu'un tailleur, âgé de vingt-neuf ans, après avoir éprouvé une légère inflammation des bronches et des intestins, présenta de la toux, un pouls plus fréquent, ressentit entre le mamelon gauche et le sternum une vive douleur que la toux et l'inspiration rendaient plus forte; malgré vingt sangsues, une première saignée de huit, une seconde de douze onces, et trente autres sangsues, le quatrième jour, la respiration était courte, précipitée, la douleur vive, le pouls fréquent et serré, la face pâle et grippée, le sujet était couché sur le dos, la douleur ne permettait pas de percuter, on entendait le bruit respiratoire et les battemens du cœur. Saignée de huit onces. Le 5, amélioration. Le 8, son mat entre le mamelon gauche et le sternum dans l'étendue de trois ou quatre travers de doigts en hauteur; en cet endroit on entend faiblement et confusément les battemens du cœur, et point du tout le bruit respiratoire; pouls toujours

fréquent, peu de gêne dans la respiration. Le 14, son très-mat dans toute la région précordiale, les battemens du cœur s'entendent à peine. Du 15 au 20, le son mat s'étend, il est plus marqué à la partie inférieure du sternum. Le vingt-quatrième jour, mort.

2142. Aucun signe caractéristique ne signale, pendant la vie, l'*inflammation du thymus* (1), lorsque ce corps persiste après la naissance; cependant on l'a trouvé tuméfié, dégénéré, remplacé, selon Meckel, par des productions accidentelles; et Sauvages a donné, comme signes de la phlegmasie de cet organe, la gêne de la déglutition et de la voix, le rejet des choses avalées et l'apparition d'une tumeur à la partie inférieure du cou, près du sternum.

4e De l'inflammation aiguë hémorrhagique de la plèvre.

2143. L'inflammation hémorrhagique de la plèvre, c'est-à-dire celle dans laquelle du sang est versé par la membrane enflammée, n'est pas rare, mais il est fort rare que du sang pur soit déposé dans la cavité de cette membrane et qu'il ne s'y mêle point de la sérosité.

2144. La pleurésie qui devient hémorrhagique dès les premiers jours, est, selon Laennec, remarquable par l'intensité des signes d'épanchement. Quand l'hémorrhagie succède à l'exhalation séreuse, le diagnostic ne présente pas cette particularité:

(1) *Thymite.* — Bonet, *Sepulchretum.*

2145. La pleurésie hémorrhagique tarde toujours beaucoup à guérir et passe très-souvent à l'état chronique.

5° De l'inflammation intermittente de la plèvre.

2146. Morton a observé une pleurésie intermittente très-aiguë; Senac a vu deux cas de ce genre; Bianchi a rapporté des cas de pleurésie tierce; Schubert prétend avoir connu un homme chez lequel une douleur de côté revint pendant quatre jours, de sept en sept semaines, durant l'espace de deux ans; Lautter dit avoir guéri un homme et une femme affectés de pleurésie quotidienne, sinon tout-à-fait intermittente ou moins rémittente très-prononcée; Strack rapporte un cas de pleurésie tierce, Sauvages a observé un fait pareil, Arloing en cite un autre analogue.

L'inflammation intermittente de la plèvre paraît donc avoir été constatée, néanmoins ce n'est là qu'une présomption que l'emploi du cylindre dans la recherche de la nature et du siége des maladies aiguës intermittentes pourra seul convertir en certitude.

6° De l'inflammation chronique de la plèvre.

2146. L'inflammation chronique de la plèvre est encore plus commune que l'inflammation aiguë de cette membrane, car celle-ci passe souvent à l'état chronique et celle-là est souvent primitive et s'établit lentement.

2148. C'est toutefois le plus ordinairement à la suite d'une pleurésie aiguë que l'on voit se développer le tableau de la pleurésie chronique, alors même que la douleur a cessé, soit naturellement, soit après l'application trop souvent prématurée d'un vésicatoire, soit par suite d'un traitement timide, soit enfin parce que la pleurésie aiguë a été l'effet d'une contusion ou d'une plaie pénétrante de poitrine.

2149. Toute douleur irrégulière, mobile, vague, qui se fait sentir dans les parois de la poitrine, doit fixer l'attention des praticiens, surtout si cette douleur paraît liée à l'apparition du froid, de l'humidité, à des accès intermittens de réaction du système circulatoire; elle doit d'autant moins être négligée qu'elle reparaît plus souvent dans un point de la poitrine que dans tous les autres, et qu'elle augmente le plus ordinairement ou reparaît quand on fait faire au sujet de grandes inspirations. Il arrive aussi que les efforts répétés de toux, dans les maladies des bronches et du poumon, finissent par déterminer la pleurésie chronique; il faut donc être en garde contre celle-ci toutes les fois que la toux est habituelle, principalement quand en outre elle est sèche.

2150. Broussais distingue une pleurésie chronique évidente et une pleurésie chronique équivoque, et cette distinction est tout-à-fait utile dans la pratique.

La pleurésie chronique *évidente* est, selon cet observateur, celle qui a lieu lorsqu'une pleurésie

aiguë bien dessinée laisse après elle une douleur soit permanente, soit obtuse et étendue à tout le côté qu'elle affectait; cette douleur s'accroît ou renaît par les secousses que la toux, l'éternuement, le rire communiquent au tronc; le sujet, après avoir évité de se coucher sur le côté douloureux, finit par ne se plus coucher que sur celui-là. Si la pleurésie est simple, le malade ne se plaint d'ailleurs que d'une toux sèche qui redouble par l'exercice et pendant la nuit, le pouls est fréquent sans être dur, la chaleur est peu élevée, le teint d'un jaune pâle, les pommettes ne sont point rouges, la maigreur est peu marquée. Le sujet périt, rarement avant la fin de l'année, après que l'hydropisie du tissu cellulaire s'est manifestée, ou bien il succombe dans le marasme, lorsque la maladie se prolonge jusques à deux, trois ans et même davantage, la douleur étant peu forte et le mouvement circulatoire peu accéléré.

2151. La pleurésie chronique *équivoque* se développe lentement et dans l'obscurité; elle finit ordinairement par se manifester d'abord par une sensibilité des parois thoraciques dans toute espèce de secousses, ensuite par une douleur qui bientôt peut arriver jusqu'à égaler en intensité, mais non en tenacité, celle de la pleurésie aiguë.

Une nuance encore plus obscure de la pleurésie chronique est celle dans laquelle la douleur ne se manifeste point ou est si peu intense, si peu durable, si peu fixe, qu'on ne peut asseoir aucun jugement sur la nature et le siége de la lésion qui

donne lieu à ce léger symptôme. Si la pleurésie chronique est double, au contraire, on est exposé à prendre la douleur étendue qui l'accompagne pour le signe d'une bronchite ou d'une irritation musculaire des parois thoraciques.

Il est un degré d'obscurité où il n'est plus possible de constater la pleurésie chronique ; c'est celui où un malade est fatigué d'une toux élevée, sèche, râpeuse, de vains efforts pour expectorer, depuis trois à quatre mois, sans accélération continue du mouvement circulatoire, sauf après les excès, sans changement bien marqué dans le teint et l'embonpoint, sans signe d'affection des bronches, du poumon ou de l'estomac. Ici ce n'est que par voie d'exclusion qu'on peut arriver à soupçonner la pleurésie chronique.

2152. Privé de la percussion et du cylindre, on parvient difficilement à constater l'existence de la pleurésie chronique dans la plupart des cas, cependant ces deux moyens et surtout le second sont moins utiles dans la recherche de cette phlegmasie que dans celle de la pleurésie aiguë.

Dans la pleurésie chronique, la percussion fournit un son mat comme dans la pleurésie aiguë. Le cylindre fait également entendre les mêmes sons à l'exception d'un seul : la voix chevrotante, qui a lieu rarement, parce que l'épanchement est presque toujours déjà considérable quand on est appelé. Aussi, lorsque dans une pleurésie aiguë l'épanchement devient très-abondant, on doit redouter que la phlegmasie ne passe à l'état chronique, et

ce passage est surtout à craindre dans la pleurésie hémorrhagique, surtout primitive.

Il est rare que la voix chevrotante recommence à se faire entendre, et le bruit respiratoire ne se rétablit que très-lentement et très-tard, au moins dans les parties inférieures; on conçoit qu'il reparaisse dans les parties supérieures dès que l'épanchement a suffisamment diminué, avant par conséquent que le côté dilaté de la poitrine n'ait commencé à rentrer dans ses anciennes limites.

2153. La pleurésie chronique, quand elle est simple, est moins grave que l'inflammation chronique du poumon, mais elle est rarement simple; le plus ordinairement les bronches, le poumon, le cœur, le péricarde, isolément ou simultanément, sont en même temps lésés; ce sont les lésions de ces viscères qui abrégent la vie des pleurétiques, avant l'époque où la phlegmasie chronique de la plèvre la terminerait elle-même. Quand celle-ci est primitive, et par conséquent d'abord simple, elle finit par se compliquer, pour l'ordinaire, de l'inflammation chronique du poumon, dans lequel se développe très-souvent la matière tuberculeuse (1).

2154. Laennec pensait que l'inflammation chronique de la plèvre guérissait dans plus de la moitié des cas, mais il s'en faut de beaucoup que l'on soit aussi heureux dans le traitement de cette maladie, peut-être parce qu'elle est en général encore moins bien traitée que l'inflammation chronique du poumon.

(1) *Phthisie pleuro-pulmonaire.*

2155. A la suite des pleurésies intenses prolongées, lors même que tout semble d'ailleurs annoncer une guérison complète, il n'est pas rare de voir le sujet demeurer habituellement penché sur le côté qui a été affecté ; en outre ce côté se rétrécit (1) et ne redevient point sonore ; il est plus étroit, souvent de plus d'un pouce, et moins étendu en longueur que l'autre côté ; les côtes correspondantes sont plus rapprochées, l'épaule est plus basse, les muscles, le grand pectoral surtout, sont moins volumineux ; la colonne vertébrale finit par s'incliner à la longue, et le sujet semble boîter. Plusieurs mois sont nécessaires pour que ce rétrécissement devienne sensible, pendant ce temps la santé se rétablit peu à peu ; après un, deux ou trois ans le rétablissement paraît complet, mais la poitrine résonne peu, ne résonne point, ou ne résonne que dans quelques points du côté rétréci. La respiration s'y fait entendre faiblement, ou ne s'y fait plus entendre, si ce n'est dans les parties inférieures. Il est des cas où le rétrécissement est peu considérable et où le son n'est que légèrement mat, ce qu'il est important de noter.

J'ai interrogé avec le plus grand soin plusieurs sujets qui m'ont présenté cette disposition. Quelques-uns d'entr'eux, un surtout, n'avaient jamais offert le moindre symptôme de pleurésie ni d'aucune autre maladie grave ou prolongée, et pour-

(1) *Rétrécissement de la poitrine.* — Larrey, *Mémoires de chirurgie militaire.* — Laennec, *op. cit.*

tant cette disposition de la poitrine était très-marquée ; je pense qu'elle peut dépendre d'une pleurésie survenue chez le fœtus, peu après et peut-être avant la naissance. Au reste, il ne suffit pas que l'un des côtés de la poitrine soit plus étroit que l'autre pour qu'on attribue cette disposition à une pleurésie passée, il faut que le côté rétréci ne résonne point à la percussion.

Le rétrécissement d'un côté de la poitrine est parfois accompagné d'une gêne tantôt forte, tantôt légère de la respiration. Cette gêne augmente ordinairement, devient souvent insupportable et ne cesse plus jusqu'à la mort, quand il survient une nouvelle pleurésie, alors même que l'on parvient à arrêter le cours de celle-ci.

Le rétrécissement se manifeste parfois aux deux côtés de la poitrine, du moins il y a lieu de le présumer, car il est difficile de s'en assurer puisque l'on ne mesure guère la poitrine des sujets à l'instant où ils se trouvent pris d'une pleurésie aiguë. Il faut donc que ce double rétrécissement soit considérable pour qu'on le remarque. On trouve en outre la poitrine peu ou point sonore, et la respiration se fait entendre faiblement des deux côtés. Quand le rétrécissement s'étend ainsi aux deux côtés de la poitrine, la respiration ne se fait plus guère que par les mouvemens du diaphragme.

2156. D'autres fois au contraire le côté affecté de la poitrine, au lieu de se rétrécir, se dilate (1) de

(1) *Élargissement de la poitrine.*

jour en jour, par l'accroissement successif de l'épanchement, alors les espaces intercostaux s'élargissent, se mettent de niveau avec les côtes et quelquefois même ils les dépassent.

7° Des inflammations simultanées de la plèvre et du poumon.

2157. Aiguë ou chronique, la pleurésie complique ordinairement la pneumonite, en est presque toujours compliquée. Tantôt l'inflammation de la plèvre domine, tantôt et plus souvent c'est celle du poumon, tantôt enfin le viscère et sa membrane sont à peu près autant malades l'un que l'autre.

2158. Une pleurésie légère se joint presque toujours à la pneumonite (1). Lorsque l'inflammation se propage jusqu'à la surface du poumon, la plèvre costale s'enflamme elle-même à l'endroit correspondant. La pleurésie est alors de peu d'importance, elle ajoute peu au danger que la pneumonite fait courir. Elle est ou partielle ou totale, comme celle-ci. La voix chevrotante ne se fait entendre qu'autant que l'épanchement existe, et qu'il n'est ni trop ni trop peu abondant. Lorsqu'on voit le sujet assez à temps pour constater le râle crépitant et pour entendre la voix chevrotante, au moins pendant un jour ou deux, on ne peut méconnaître la réunion de la pneumonite et de la pleurésie. Lorsque ce râle, cette voix et le bruit respiratoire dorsal n'ont pas été entendus faute d'avoir été cherchés, quoique la

(1) *Pneumo-pleurésie.*

poitrine rende un son mat à la percussion, on ne peut supposer un épanchement, à moins que le son de la poitrine ne soit devenu mat tout à coup ou peu s'en faut, et dans toute l'étendue de cette cavité, s'il n'y a point d'adhérences. L'incertitude à cet égard ne peut exister que lorsque le poumon est hépatisé dans toute ou presque toute son étendue.

2159. Lorsqu'une pleurésie intense co-existe avec une pneumonite légère (1), celle-ci est ordinairement partielle, disséminée ou bornée aux lobes inférieurs, rarement elle parvient à la suppuration, et sa résolution se fait lentement. La phlegmasie pulmonaire est caractérisée par le râle crépitant entendu ordinairement à la racine du poumon, sous l'omoplate, à l'aisselle ou au dessous des clavicules. La persistance de la pleurésie étouffe en quelque sorte la pneumonite, l'empêche de se développer, d'augmenter d'intensité, de s'étendre, mais aussi elle en empêche la résolution, et la mort est fréquemment le résultat d'une si redoutable complication.

2160. On voit plus rarement une pleurésie étendue coïncider avec une pneumonite intense; dans ce cas, les symptômes de l'une et l'autre phlegmasies sont très-prononcés; le râle crépitant et la voix chevrotante sont tous deux très-marqués et persistent souvent jusqu'à la convalescence.

Les progrès de l'épanchement étant limités par

(1) *Pleuro-pneumonie.*

la résistance que lui oppose le poumon engorgé de sang, et ceux de l'inflammation de ce viscère étant ralentis par la compression que l'épanchement exerce, la voix chevrotante ne se fait guère entendre qu'à la racine du poumon et vers l'angle inférieur de l'omoplate; on entend en même temps la voix retentir bruyamment dans les bronches : de ces deux bruits résulte le bredouillement ou voix de polichinelle.

Toutes choses égales, d'ailleurs, Laennec pensait que cette nuance de la pleuro-pneumonie devait être regardée comme moins dangereuse que la pleurésie et la pneumonite simples.

2159. A l'ouverture des cadavres de sujets affectés de pleurésie, on trouve :

A. A la plèvre.

1° La *rougeur*. On observe de petites taches rouges, irrégulières, qui pénètrent jusque dans le tissu cellulaire sous-jacent, situées très-près les unes des autres, séparées par des intervalles où la plèvre n'offre aucune altération, souvent grouppées de manière à former des plaques rouges, autour desquelles cette membrane est blanche et transparente. Les vaisseaux sanguins sont toujours visibles, rouges, injectés, plus apparens que dans l'état normal. Cette injection paraît précéder le rouge pointillé; ce sont d'abord les vaisseaux situés sous la plèvre qui s'injectent, puis il apparaît dans cette membrane elle-même des vaisseaux rouges de nouvelle forma-

tion, ou qui du moins n'étaient point visibles s'ils existaient avant l'inflammation. La rougeur pointillée et l'injection vasculaire se combinent d'ailleurs à la plèvre comme sur les membranes muqueuses; seulement on y observe plus rarement que sur celles-ci une rougeur uniforme, très-étendue.

Cette rougeur, cette injection, sont des traces non équivoques de l'inflammation aiguë de la plèvre.

La rougeur est quelquefois très-foncée et va même jusqu'au noirâtre.

La plèvre serait ordinairement plus rouge après la pleurésie chronique qu'à la suite de la pleurésie aiguë, s'il fallait en croire Laennec, qui n'a tenu compte que des cas où cette membrane était colorée.

Quand on observe, en outre, des teintes grises, on est autorisé à penser que la phlegmasie a été chronique avant de se manifester à l'état aigu.

2° L'*opacité*. La plèvre a perdu sa transparence partout où elle est devenue rouge, alors même qu'elle n'est point épaissie. Elle reste opaque après avoir cessé d'être rouge, quand elle a été long-temps enflammée.

3° L'*épaississement*. Il est peu commun, si par ce mot on entend l'épaississement de la plèvre elle-même, sans y comprendre le tissu cellulaire sous-jacent, et si l'on ne confond pas sous cette dénomination l'apparente augmentation d'épaisseur qui résulte de la présence de couches membraniformes sur la plèvre, de granulations, de tubercules mi-

liaires, de productions cartilagineuses dans cette membrane ou sous elle. Il faut encore savoir que la plèvre est peu susceptible d'épaississement, et que celui même qu'on croit observer en elle ne dépend guère que du tissu cellulaire qui lui est sous-jacent.

4° Les *eschares* se présentent sous forme de taches rondes ou irrégulières, d'un vert brun ou noirâtre, qui s'étendent quelquefois à toute l'épaisseur de la membrane; elles sont molles et friables; celles qui sont tombées en détritus putrilagineux laissent après elles une surface ulcéreuse noirâtre; le tissu cellulaire environnant est vert ou brun, ou noirâtre et infiltré; le poumon, les muscles intercostaux participent souvent à cet état, les côtes sont quelquefois dénudées et même cariées. Toutes les parties ainsi gangrénées exhalent une odeur particulière bien connue.

Autour des taches, des eschares gangréneuses, la plèvre offre une vive rougeur, souvent très-foncée, tirant sur le brun, et cela quelquefois dans toute son étendue.

La gangrène venant à envahir toute l'épaisseur de la plèvre et des parties sous-jacentes, une communication peut s'établir entre la cavité de cette membrane et l'extérieur, si la gangrène a commencé par la plèvre, entre cette cavité et les bronches, si la gangrène a commencé par le poumon.

5° La *perforation*. Indépendamment des cas où la plèvre est ouverte par un instrument vulnérant, on la trouve quelquefois perforée par suite de la rupture d'une cavité tuberculeuse, purulente, gangré-

neuse ou hémorrhagique du poumon, ou par la chute d'une eschare gangréneuse de cette membrane elle-même.

Dans le premier cas, il se développe une violente et subite inflammation de la plèvre, et la mort en est le prompt résultat.

Dans le second cas, on voit ordinairement se développer à l'extérieur, dans un espace inter-costal, une tumeur d'abord indolente, sans changement de couleur à la peau, dans laquelle la douleur finit par se faire sentir et la fluctuation par se manifester.

Une inflammation du tissu cellulaire situé entre les muscles intercostaux ou qui sépare ces muscles de la peau, venant à produire la suppuration, le pus peut se frayer une issue non seulement à l'extérieur à travers la peau, mais encore dans la poitrine à la faveur d'une perforation de la plèvre : Laennec et Andral cite trois faits de ce genre ; j'en ai observé un quatrième.

Il peut s'établir une communication entre la cavité de la plèvre et les bronches ; Bayle et Andral ont rapporté des cas de ce genre, dans lesquels un épanchement thoracique fut évacué par l'expectoration. Dans l'un, la pleurésie était chronique, dans l'autre, elle était aiguë.

Une communication peut encore s'établir entre l'œsophage et la cavité de la plèvre, la première de ces parties venant à se rompre, et la seconde à se perforer. Tel fut le cas rapporté par Boerhaave et consigné dans cet ouvrage (295).

Un anévrisme de l'aorte venant à s'ouvrir dans la cavité de la plèvre, le sang qu'il contient passe à travers la perforation de cette membrane et remplit la poitrine.

La communication établie entre une excavation quelconque du poumon ou directement entre les bronches et la cavité de la plèvre, a pour résultat l'introduction de l'air dans cette cavité, et s'il y existe déjà du liquide, ou si du liquide vient à y être versé, le cylindre fait entendre le tintement métallique ou seulement le bourdonnement amphorique et le plus souvent ces deux sons alternativement.

Le *tintement métallique* est un bruit parfaitement semblable à celui que fait entendre une coupe de métal, de verre ou de porcelaine, frappée légèrement avec une épingle ou dans laquelle tombe un grain de sable; on l'entend pour l'ordinaire très-faiblement quand le sujet respire, plus distinctement quand celui-ci parle et surtout quand il tousse; quand la voix est caverneuse, le tintement traverse avec elle le cylindre; si elle n'a point ce caractère, le tintement se fait entendre dans la poitrine comme le bruit de la vibration légère d'une corde métallique touchée avec le doigt.

Le tintement métallique, signe *certain* de la présence de l'air et d'un liquide réunis dans une excavation du poumon ou dans la cavité de la plèvre, peut se faire entendre quoiqu'il n'y ait point de communication entre cette cavité et les bronches ou l'excavation pulmonaire, mais cela arrive rare-

ment, tandis que ce bruit est *constant* quand cette communication a lieu, ou du moins il est remplacé par le bourdonnement amphorique, avec lequel il alterne plus souvent encore.

Le *bourdonnement amphorique* est tout-à-fait semblable au bruit que l'on produit en soufflant dans une carafe ou dans une cruche; on l'entend durant la toux, la respiration et la voix. Quand on l'entend seul ou beaucoup plus habituellement que le tintement métallique, on peut en conclure qu'il existe au moins deux communications entre la cavité et les bronches, ou que cette cavité est extrêmement vaste et contient très-peu de liquide.

On sent combien la possibilité du tintement métallique dans les cas où l'air ne pénètre point dans la cavité pleurétique ou pulmonaire, atténue la valeur de ce signe, relativement à la communication dont il s'agit. Le bourdonnement amphorique est à coup sûr plus significatif.

6° Des *granulations*. Elles sont peu communes; tantôt demi-transparentes, grisâtres ou incolores; tantôt opaques et jaunes, tantôt opaques, blanches, aplaties, dures et confluentes. On les trouve ordinairement en grand nombre, du volume d'un grain de millet au moins, d'un grain de chenevis au plus, très-voisines les unes des autres. Tantôt les intervalles qui les séparent sont couverts d'une couche membraniforme molle et presque transparente, qui leur sert pour ainsi dire de gangue, et à laquelle ils adhèrent plus qu'à la plèvre; tantôt, dans ces intervalles, il n'y a point de couche mem-

braniforme, mais la plèvre est épaissie en ces endroits; les granulations adhèrent alors fortement à cette membrane, et celle-ci est rouge et injectée dans les intervalles des granulations.

B. Dans la cavité de la plèvre.

1° Un *enduit onctueux* transparent qui repose sur cette membrane, sans lui ôter son poli et sa sécheresse, à tel point qu'on ne peut reconnaître la présence de cet enduit que par le toucher.

2° Des *couches membraniformes* qui se composent d'une matière blanche ou jaunâtre, demi-transparente ou opaque, dont la consistance varie depuis celle du pus jusqu'à celle du blanc d'œuf cuit, étendue sur une ou plusieurs parties ou la totalité d'une ou des deux plèvres, selon que l'inflammation a été partielle, multiple ou générale. Ces couches ont depuis une demi-ligne jusqu'à deux lignes d'épaisseur; elles sont généralement plus épaisses à la face inférieure du poumon et sur le diaphragme; quelquefois elles sont gauffrées ou bosselées, granulées, et alors fort minces, incolores, transparentes dans les enfoncemens, épaisses, jaunâtres et opaques dans les parties saillantes. Elles sont quelquefois détachées en partie de la plèvre ou flottantes dans la sérosité. La matière qui constitue ces couches se montre aussi sous forme de masses globuleuses irrégulières nageant dans ce liquide.

Les couches membraniformes sont presque toujours moins compactes, plus friables, plus faciles à

rompre, à écraser, après la pleurésie chronique qu'après la pleurésie aiguë.

Un *liquide séreux* de couleur citrine ou fauve, demi-transparent, sert de véhicule à des parcelles de filamens de la matière dont sont formées les couches dont il vient d'être parlé; il est ordinairement inodore, et ressemble à du petit lait trouble.

Ce liquide est parfois très-abondant, tandis qu'on observe très-peu de couches membraniformes; dans d'autres cas celles-ci sont très-étendues, fort épaisses, et l'on en trouve de volumineux fragmens dans la sérosité qui est en petite quantité. Moins il y a de couches membraniformes, plus la sérosité est limpide.

Quelquefois celle-ci n'existe point (1), les plèvres costale et pulmonaire adhérant l'une à l'autre par l'intermédiaire de deux couches de matière, tantôt presqu'incolore, presque transparente, analogue à de la colle de farine épaisse et humide, tantôt jaune, opaque, peu adhérente, tantôt enfin demi-transparente, ferme, divisée en feuillets pénétrés de nombreux vaisseaux rouges.

Laennec attribue l'absence peu commune de ce liquide, tantôt à ce qu'il a été résorbé avant la mort, tantôt à ce que la compression exercée sur la plèvre par le poumon engoué ou hépatisé s'est opposée à ce qu'il fût sécrété. En effet, la sérosité manque dans la plèvre, chez les enfans plus souvent que chez les adultes, et c'est surtout dans les cas où le

(1) *Pleurésie sèche.*

poumon est hépatisé ou tuberculeux que, chez ces derniers, l'on remarque l'absence de la sérosité.

On conçoit également que l'adhérence ancienne ou déjà solide de la plèvre costale à la plèvre pulmonaire s'oppose à l'épanchement de la sérosité.

La sérosité est en général plus abondante, moins limpide et mêlée de plus de flocons opaques dans la pleurésie chronique que dans la pleurésie aiguë; les flocons y sont quelquefois si nombreux et si petits que le liquide en paraît être puriforme alors même qu'aucun mouvement ne lui est imprimé. Ces flocons se déposent sous forme d'une farine grossière. Cette sérosité, ordinairement citrine, est quelquefois verdâtre, et renferme une matière puriforme demi-concrète, ayant la consistance des crachats, et que l'on trouve parfois en partie organisée en tissu séreux.

La matière épanchée par suite de la pleurésie chronique exhale quelquefois une odeur fade ou forte, alliacée, gangréneuse.

On trouve souvent des épanchemens de sérosité circonscrits par des adhérences, dans les fissures des lobes du poumon, dans l'espace compris entre la base du poumon et le diaphragme, aux parties postérieure ou latérale de la cavité de la poitrine. Le liquide est alors ordinairement puriforme. Le poumon, partiellement refoulé, semble quelquefois avoir subi une perte de substance. Parfois les adhérences sont tellement organisées que tout annonce qu'elles ont préexisté à l'inflammation qui a produit l'épanchement qu'elles circonscrivent, et qui, à

cause de cela, est comme enkysté. Il est probable d'ailleurs que les kystes des membranes séreuses n'ont pas d'autre origine. Il ne se trouve quelquefois pas plus d'une ou de deux cuillerées de sérosité ainsi circonscrite. Telles sont les traces des pleurésies partielles.

On trouve très-souvent les couches membraniformes converties en tissu cellulaire ou plutôt séreux accidentel, divisé en *feuillets* épais, opaques, séparés par peu de sérosité et sillonés de traînées de sang irrégulières, partant des points les plus rouges de la membrane. Si le travail d'organisation est plus avancé, les feuillets sont plus minces, demi-transparens, des vaisseaux sanguins très-rouges, à parois fibrineuses, blanchâtres, entourées d'une couche molle de sang concret, ont succédé à ces traînées. Quand le travail organisateur est parvenu à son terme, les feuillets sont transparens, minces comme des lames de tissu cellulaire, moins consistantes que ce tissu encore friable; leurs vaisseaux sont relativement volumineux jusque dans leurs ramifications. Plus tard les feuillets forment des *lames* perpendiculaires à la plèvre, qui ressemblent parfaitement au tissu cellulaire, à cela près qu'elles sont continues, repliées sur elles-mêmes ou adossées les unes aux autres, à la manière du tissu séreux, et que leur surface qui se continue avec celle de la plèvre, exhale comme celle-ci une humidité qui les lubrifie, et parfois aussi, comme celle de la plèvre, une abondante sérosité.

Toute adhérence organisée des plèvres est l'effet

d'un travail prolongé qui a succédé à la pleurésie aiguë, ou qui s'est établi sur une partie de la plèvre dans laquelle l'inflammation s'est éteinte, tandis qu'elle continuait dans le voisinage.

On trouve parfois ces lames rouges, couvertes de couches membraniformes, et leurs interstices remplis de sérosité, ce qui établit qu'elles peuvent elles-mêmes s'enflammer, mais cela arrive rarement. Le plus ordinairement l'inflammation qui survient dans une plèvre adhérente en partie à la plèvre opposée, immédiatement ou par des liens celluleux, s'arrête là où commencent les adhérences.

3° Outre ces couches membraniformes, ces masses flottantes, ces flocons, ces filamens, cette sérosité, que l'on trouve dans la poitrine de la plupart des cadavres après la pleurésie, on rencontre aussi dans cette cavité des *gaz*, du *sang*, du *pus*, de la *matière tuberculeuse*, lorsque par exemple une excavation s'ouvre dans la plèvre; on y a même trouvé des matières étrangères, telles que des *boissons* par suite de la rupture de l'œsophage (295). La présence de ces diverses matières dans la cavité de la plèvre est presque toujours accompagnée de traces non équivoques d'inflammation de cette membrane.

Le sang que l'on trouve dans la cavité de la plèvre s'y présente sous divers aspects : tantôt la sérosité en est seulement teinte et contient de petits caillots; tantôt et plus rarement le mélange est assez égal pour que la sérosité ne puisse pas être distinguée, et le sang est seulement fort liquide; tantôt

enfin et plus rarement encore on trouve des caillots nombreux ou volumineux. Les couches membraniformes sont, dans le premier cas, ordinairement imprégnées de sang sur divers points, souvent colorées en rouge écarlate ou violacé; dans le dernier cas elles sont minces et bornées à une partie de la plèvre. Celle-ci est, pour l'ordinaire, d'un rouge plus foncé que lorsqu'il n'y a point d'épanchement sanguin.

Lorsque les couches membraniformes qui la couvrent en pareils cas sont déjà anciennes, on ne trouve plus de sérosité, et ces couches sont devenues bleuâtres, demi-transparentes, dures et fibro-cartilagineuses. On finit par les trouver adhérentes l'une à l'autre, de manière à former une membrane fibreuse, fortement adhérente aux plèvres pulmonaire et costales, quoiqu'encore distincte et susceptible d'en être isolée par la dissection; si l'on divise transversalement cette membrane accidentelle, on la trouve formée de trois couches : une moyenne, encore demi-transparente, semblable aux cartilages inter-vertébraux, une interne et une externe qui sont toutes deux opaques, blanches, fibreuses, cartilagineuses et même osseuses; ces trois couches réunies ont de deux à cinq lignes d'épaisseur, et sont d'autant plus minces que la membrane est plus ancienne.

On trouve aussi les plèvres costale et pulmonaire unies l'une à l'autre dans une étendue d'un à six pouces carrés, par une matière jaune, de la consistance du blanc d'œuf concret, sans épanchement

séreux, sauf quelques gouttes de sérosité entre les feuillets de la couche que forme cette matière. D'autres fois cette couche a subi l'organisation fibro-cartilagineuse ou même cartilagineuse, et l'on n'y peut distinguer les trois lames qui existent dans le cas précédent. Tel est aussi l'aspect des calottes cartilagineuses qui surmontent quelquefois le sommet du poumon.

4° Des matières *tuberculeuse*, *cérébriforme*, *mélanique*, épanchées et concrètes, ont été trouvées dans la cavité de la plèvre par Boerhaave, Haller, Récamier, Cayol et Laennec.

C. Au médiastin.

Dans le cadavre du sujet dont il a été parlé comme exemple d'une inflammation du médiastin (2141), on trouva derrière le sternum, les cartilages des huit premières côtes gauches et la terminaison de ces côtes, une vaste cavité remplie de pus épais, grumeleux. Cette cavité était située au devant du péricarde, et formée aux dépens de la portion de la plèvre gauche qui vient constituer avec celle du côté opposé le médiastin antérieur. La surface interne de cette cavité était couverte de couches membraniformes épaisses, des brides molles et friables les traversaient et les divisaient en plusieurs loges; le poumon était refoulé, mais sain d'ailleurs. Andral a observé deux autres cas analogues; les trois qu'il a vus ne furent accompagnés d'aucun signe décisif d'épanchement.

D. Sous la plèvre.

Le tissu cellulaire sous-pleurétique participe presque toujours plus ou moins profondément à l'altération de la plèvre ; peut-être même est-il le véritable siége de toutes les modifications que l'on suppose résider dans cette membrane. Au reste, on y trouve souvent de la *sérosité*, quelquefois du *sang*, parfois même du *pus ;* Laennec y a trouvé de la matière *tuberculeuse*, de la matière *cérébriforme*, disséminées en petites portions ; des incrustations *cartilagineuses*, *osseuses*, *pétrées*, y sont quelquefois observées ; Haller y a trouvé un *kyste* rempli d'un liquide séreux, verdâtre, qui occupait presque tout le côté gauche de la poitrine, et aplatissait le poumon contre le médiastin. Le cas observé par Dupuytren (1995), et que Laennec a donné, par un double emploi, pour une observation d'hydatide du poumon et comme un exemple de kyste de la plèvre, me paraît, en y réfléchissant de nouveau, n'avoir été qu'une pleurésie dorsale chronique qui avait déterminé le refoulement du poumon en avant, tandis que pour l'ordinaire ce viscère est déprimé en dedans et en arrière.

E. Au poumon.

Toutes les fois qu'il existe un épanchement de matière liquide ou solide dans la cavité de la plèvre, on trouve le poumon refoulé le plus ordinai-

rement de dehors en dedans, un peu d'avant en arrière sur la colonne vertébrale et le médiastin postérieur, assez souvent de bas en haut, quelquefois de haut en bas, très-rarement de dedans en dehors et d'avant en arrière, plus rarement encore d'arrière en avant vers le sternum et le médiastin antérieur. Si ce viscère ainsi déprimé n'a point participé à l'inflammation, on le trouve sans altération dans sa structure. Il est réduit à la moitié, au quart de son volume, quelquefois aplati au point d'offrir à peine l'épaisseur de la main. Son tissu est très-dense et peu crépitant, quand il a été médiocrement comprimé; il est flasque et ne crépite plus, ses vaisseaux sont privés de sang et ses bronches sont rétrécies, quand une compression très-forte a été exercée sur lui. Dans l'un et l'autre cas, toujours en supposant qu'il n'ait pas été enflammé, il suffit d'y souffler de l'air pour qu'il se développe, et reprenne, à peu de chose près, l'aspect qu'il avait dans l'état normal.

Si le poumon a été enflammé dans une grande partie de son étendue, et que la plèvre l'ait été légèrement ou dans une petite partie de sa surface, les traces de phlegmasie dominent dans le poumon qui est alors peu ou même point déprimé, selon qu'il y a ou qu'il n'y a pas eu d'épanchement.

Si la pleurésie a été forte et que le poumon n'ait été que légèrement enflammé, ce viscère est déprimé, et l'on trouve dans son tissu des points engoués et d'autres hépatisés. L'hépatisation diffère en pareil cas de ce qu'elle est dans ceux où le poumon enflammé n'a point été déprimé par un épanchement

pleurétique. Les points du viscère qui ont subi cette altération se présentent sous forme d'une substance homogène, sans traces de cellules bronchiques, souple, compacte, peu ferme, flasque, d'un rouge violacé ou grisâtre, parcourue par les vaisseaux et les bronches; lorsqu'on l'incise on n'y voit point de granulations, et on lui trouve l'aspect et la consistance de la chair musculaire battue. Cette *carnification* du poumon ayant enfin commencé à se résoudre, ce qu'elle ne fait que fort tard, quelquefois même pas encore au deuxième mois, on trouve le tissu dégénéré de ce viscère, de moins en moins rouge, d'un violet pâle, puis d'un gris de lin, et l'on observe des traces du retour de la texture vésiculaire. Au lieu d'être ainsi carnifié, le poumon modérément déprimé est quelquefois encore infiltré.

Lorsque la pleurésie et la pneumonite se sont trouvées assez égales en étendue, en intensité, pour se faire pour ainsi dire équilibre, il y a peu d'épanchement, et le poumon peu déprimé offre les altérations relatives au degré où son inflammation était parvenue à l'instant de la mort.

Lorsque l'on examine le cadavre d'un sujet chez lequel un côté de la poitrine a subi un *rétrécissement considérable*, par suite de pleurésie, on trouve la plèvre couverte de couches membraniformes, épaisses, fibro-cartilagineuses; le poumon correspondant comprimé, flasque, rouge ou gris, ressemblant à de la chair musculaire, carnifié en un mot, et adhérant, quelquefois dans toute son

étendue, par le moyen de membranes accidentelles, à la plèvre costale.

Lorsqu'il n'existait qu'un *rétrécissement médiocre*, on trouve du côté affecté la plèvre revêtue d'une couche cartilagineuse. C'est ce qu'on observe quand après un an et davantage d'absence du son, celui-ci s'est en partie rétabli, et le bruit respiratoire s'est fait entendre de nouveau quoique faiblement.

S'il existait des *excavations* dans le poumon, leurs parois se sont affaissées.

Les parois osseuses du thorax sont revenues sur elles-mêmes, n'étant plus incessamment soulevées par les puissances inspiratoires. C'est là un mode de guérison de la pleurésie chronique qui ne rend pas le sujet à une santé florissante, mais qui n'en est pas moins un résultat précieux. Laennec pense qu'il préserve de toute récidive; l'observation clinique me fait douter de la justesse de cette assertion.

§ II. De l'action des poisons sur la plèvre.

2160. Chez l'homme les poisons ne sont jamais introduits dans la plèvre, mais on conçoit qu'ils puissent nuire en agissant indirectement sur cette membrane, en même temps qu'ils agissent directement sur celle des voies digestives, quand ils sont mis en contact avec cette dernière. Cependant les observateurs qui ont noté avec soin les altérations du poumon dans les cas d'empoisonnement n'ont guère fait mention de l'état de la plèvre. A la vérité, la désorganisation du péritoine n'étant pas fort

commune en pareil cas, bien que les principales altérations s'observent dans les voies digestives, la plèvre doit s'affecter encore plus rarement puisque le poumon est, à proprement parler, plutôt engorgé qu'enflammé, et cela non pas même dans tous les cas du genre.

§ III. De la présence de la sérosité dans la plèvre (1).

2161. L'inflammation aiguë ou chronique de la plèvre, l'inflammation chronique et les dégénérescences du poumon, les obstacles apportés à la circulation par les maladies du cœur et des gros vaisseaux ou qui provoquent ces maladies elles-mêmes, enfin l'hydropisie du péricarde, du péritoine, du tissu cellulaire, telles sont les conditions organiques sous l'influence desquelles la sérosité s'accumule dans la cavité de la plèvre.

2162. L'hydropisie de la plèvre qui est l'effet de l'inflammation aiguë de cette membrane a été étudiée en même temps que cette phlegmasie dont elle est inséparable. Mais la collection séreuse peut-elle persister alors que l'inflammation est éteinte ? On ne peut répondre d'une manière absolue à cette question. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'à l'aide de l'ouïe et du cylindre, de la percussion et de la plaque, on découvre souvent la présence d'un épanchement dans

(1) *Hydropisie de poitrine ou de la plèvre. Hydroplèvre.* — Lepois, Monro, Portal, Auenbrugger, Corvisart, Broussais, Laennec, *Op. cit.*

la plèvre après que tous les autres symptômes d'inflammation aiguë de cette membrane ont cessé; la phlegmasie est-elle en effet éteinte en pareil cas, et ne reste-t-il que la sérosité épanchée? Cela peut être, mais on l'ignore.

2163. L'hydropisie de la plèvre qui accompagne l'inflammation chronique de cette membrane est aussi commune que la phlegmasie qui la produit. Le diagnostic de la présence de la sérosité dans la poitrine se déduit alors des signes que fournit le cylindre, de ceux que l'on obtient par la percussion, et aussi de l'état de la respiration; mais il faut se garder d'attacher trop d'importance à la gêne éprouvée par le sujet dans l'exercice de cette fonction, car elle peut dépendre d'une foule d'autres causes et elle manque souvent, alors même qu'il existe un épanchement considérable dans la plèvre.

2164. On a commis trop souvent la faute de prendre l'hydropisie qui accompagne l'inflammation chronique latente de la plèvre pour une maladie séreuse, primitive, *sui generis*, asthénique et sans rapport avec l'inflammation. Laennec, qu'on ne saurait accuser d'avoir exagéré le rôle que l'inflammation joue dans les maladies, Laennec n'hésitait point à dire que l'hydrothorax idiopathique et porté à un degré tel qu'il pût seul et par lui-même produire la mort, était une des maladies les plus rares, et qu'il ne croyait pas qu'on pût en établir la proportion à plus d'un sur deux mille cadavres.

Cet observateur assigne pour caractère à l'hydropisie idiopathique de la plèvre qui, suivant lui,

n'occupe guère qu'un seul côté, quoiqu'il l'ait vue affecter les deux côtés, les symptômes suivans : la gêne de la respiration, le son mat à la percussion, l'absence du bruit respiratoire ailleurs qu'à la racine du poumon, la voix chevrotante et l'absence de tout autre phénomène d'inflammation de la plèvre, de toute irritation vasculaire, de toute douleur de poitrine. Mais on n'observe pas autre chose dans l'hydropisie de la plèvre qui accompagne l'inflammation chronique latente de cette membrane; par conséquent il n'y a point de signe propre à l'hydropisie idiopathique de poitrine. Il me paraît fort douteux que cette hydropisie puisse avoir lieu sans tenir au moins à quelque lésion d'un autre organe que la plèvre; on va voir que l'ouverture des cadavres vient à l'appui de cette assertion. En effet, il ne suffit pas de dire qu'à la suite de l'hydropisie idiopathique de la plèvre, on trouve seulement une collection de sérosité limpide, incolore dans la cavité de cette membrane, celle-ci sans aucune trace d'inflammation, et le poumon refoulé, flasque, privé d'air, pour démontrer que la plèvre n'a point souffert avant que l'épanchement ne se fît et pendant qu'il s'est fait. En y regardant de près on trouve presque toujours que le poumon ou le cœur offre des traces de lésion. En somme, si l'hydropisie de la plèvre peut être primitive, il n'est pas démontré qu'elle l'ait jamais été, mais il est bon de savoir qu'elle peut exister sans que la plèvre soit sensiblement lésée, car en pareil cas il y a une chance de plus pour le succès du traitement.

2165. L'hydropisie de la plèvre qui se manifeste peu avant la terminaison funeste des maladies aiguës ou chroniques du cœur, du péricarde, des gros vaisseaux, du poumon, du péritoine, du foie, du tissu cellulaire, en un mot de tout autre organe que la plèvre, s'annonce, quelques jours, huit jours au plus, parfois quelques heures seulement avant la mort, ou même pendant l'agonie, par les mêmes signes que ceux dont nous venons de parler. La gêne de la respiration manque souvent ou ne se fait pas sentir au malade, excepté lorsque l'épanchement séreux occupe les deux côtés de la plèvre. Cet épanchement se fait-il quelquefois après la mort, et d'autres fois est-il en partie résorbé pendant l'agonie ou après l'expiration? Cela est possible, mais non démontré.

2166. Les nombreux symptômes sympathiques qui se manifestent chez les sujets affectés d'hydropisie du péritoine (1401) se montrent moins souvent chez ceux qui sont affectés d'hydropisie de la plèvre. Mais on observe, outre les symptômes de l'épanchement dans la cavité thoracique, ceux qui caractérisent les maladies de la plèvre, du poumon, du cœur, du péricarde, des gros vaisseaux, du tissu cellulaire, dont cet épanchement est la suite.

2167. La mort est le résultat de l'hydropisie de la plèvre lorsque l'épanchement a lieu des deux côtés, ou lorsque situé d'un seul côté il est tellement considérable que les organes circulatoires s'en trouvent gênés dans leur action, ou bien le poumon

du côté opposé, obligé d'agir pour lui-même et pour celui que l'épanchement comprime, finit par s'enflammer et se désorganiser. Hors ces deux cas, le sujet ne périt que par suite de la lésion de la plèvre ou de tout autre organe dont l'hydrothorax est le résultat.

2168. On ne peut affirmer que l'on ait réellement constaté la disparition de l'épanchement séreux de la plèvre pendant la vie que depuis l'emploi du cylindre; avant l'usage de cet instrument on n'était presque jamais parfaitement assuré de la réalité de cet épanchement; et l'on ne pouvait citer comme preuve de la possibilité de la guérison de cette hydropisie que la disparition de tous les symptômes, chez quelques sujets, après des évacuations abondantes d'urine, de sueur, des diarrhées copieuses ou des expectorations extraordinaires.

2169. On pourrait considérer comme des kystes de la plèvre les poches qui renferment les épanchemens circonscrits de cette membrane; il importe d'autant plus de les rapprocher des kystes du péritoine que l'origine de ceux-ci s'en trouve par là vivement éclairée.

2170. On sait aujourd'hui d'une manière certaine qu'un épanchement pleurétique au moins circonscrit peut se vider au dehors par l'expectoration, une communication venant à s'établir entre la cavité de la plèvre et les bronches. Un cas de ce genre a été observé par Andral; le sujet mourut le onzième jour, le poumon était tuberculeux, il existait une cavité accidentelle formée entre le médiastin posté-

rieur, le poumon, les vaisseaux, les côtes et la colonne vertébrale.

2171. Quand l'épanchement séreux qui se fait dans la plèvre est très-considérable et persiste, quels que soient son origine et la lésion qui l'entretient, le côté qui recèle la sérosité se dilate visiblement et acquiert une ampleur manifeste ; les espaces intercostaux s'élargissent, se mettent de niveau avec les côtes et même les dépassent. C'est là un signe important.

§ IV. Des hydatides de la plèvre (1).

2172. Des hydatides n'ont pas seulement été expectorées et trouvées dans le poumon et dans les veines de ce viscère, divers observateurs en ont vu sortir à travers les parois de la poitrine ; le fait le plus détaillé de ce genre est le suivant.

Un homme âgé de 28 ans, sujet à des douleurs errantes, les ressent tour à tour aux lombes, dans le côté droit de la poitrine, à l'épaule et dans le bras, avec oppression, hoquet et accélération du pouls. Sangsues, diète ; la douleur diminue, se circonscrit. Un mois après, toux sèche, gêne de la respiration plus intense, coucher sur le dos et le côté droit, qui rend un son mat à la percussion. On reconnaît à la partie postérieure et inférieure de ce côté un empâtement considérable et circonscrit, la fluctuation s'y manifeste : on divise la peau vis-à-

(1) Bremser, *Op. cit.* — Cruveilhier, *Anat. path.*

vis le troisième espace intercostal, un kyste blanc apparaît faisant hernie à travers les muscles intercostaux détruits, on l'ouvre, il s'écoule quelques cuillerées de sérosité limpide, puis une grande quantité de pus jaunâtre; le lendemain ce kyste formé d'une substance molle, blanchâtre, égalant le volume d'un œuf, se trouve affaissé dans les compresses; de nouveaux kystes blancs ou rouges de différentes grosseurs s'échappent chaque jour par la plaie; les uns ovalaires, les autres sphériques; les uns distendus par une sérosité gélatineuse, les autres affaissés, déchirés en lambeaux; cinq cents de ces acéphalocystes sont évacués par la plaie; des menaces de suffocation précédaient leur sortie. Au bout de quarante jours la plaie n'était plus qu'une petite ouverture fistuleuse, le sujet était sans fièvre et reprenait de l'embonpoint (1).

Veit a vu sortir plusieurs centaines d'hydatides de la grosseur d'un pois à celle d'un œuf de pigeon, de la cavité d'un abcès situé entre la dixième et la douzième côtes droites, pendant l'espace de quatre à cinq jours.

D'où provenaient les hydatides dans ces deux cas? Du tissu cellulaire situé entre la plèvre costale et les muscles intercostaux? De la surface interne de la plèvre ou peut-être du foie?

Persius et Coitier ont trouvé les organes de la poitrine couverts d'hydatides.

(1) *Journal général de médecine*; février, 1812.

§ V. De la présence des gaz dans la plèvre (1).

2173. Chez des sujets qui avaient constamment éprouvé de la gêne à un degré quelconque dans la respiration, qui toussaient, et chez lesquels un côté de la poitrine plus dilaté que l'autre rendait à la percussion un son plus clair que l'état normal du poumon et de la plèvre ne le comporte, on a trouvé un fluide aériforme dans la cavité de la plèvre; on en a trouvé aussi chez des sujets qui n'avaient point présenté ces symptômes, dans lesquels par conséquent on ne saurait voir des signes non équivoques de la présence des gaz dans la plèvre.

Néanmoins, quand un côté de la poitrine est réellement très-dilaté, sans que ce soit le rétrécissement du côté opposé qui le fasse paraître ainsi, et lorsque le côté dilaté résonne par la percussion plus que la poitrine saine ne le fait ordinairement, et non pas seulement plus que le côté opposé, qui pourrait être devenu moins sonore qu'auparavant étant lui-même le siége d'une maladie, on peut affirmer que des gaz sont contenus dans la plèvre, surtout si le côté dilaté, après avoir été quelque temps mat à la percussion, est devenu tout à coup sonore, surtout enfin si le son éclatant se fait entendre dans tout ou presque tout le côté, non pas seulement sur un seul point et chez un sujet soupçonné de receler des tubercules qui se videraient par l'expectoration.

(1) *Pneumo-thorax.* — Itard, *Dissertation sur le pneumo-thorax*; Paris, 1803 — Laennec, *Op. cit.*

2174. La résonnance et la dilatation du côté qui renferme des gaz n'ont point toujours lieu; quelquefois même il fait entendre un son mat, lorsque par exemple outre les gaz, la plèvre contient des liquides; et il peut être rétréci au lieu d'augmenter de volume : le cylindre peut seul alors tirer d'embarras.

En effet, un côté de la poitrine résonnant mieux que l'autre, quand on le percute, si l'on n'y entend pas du tout le bruit respiratoire, tandis qu'on l'entend bien dans celui qui résonne le moins, il est probable qu'il existe des gaz dans le côté le plus sonore.

Si les deux côtés sont également sonores, si même celui qui contient des gaz l'est moins que l'autre, là où l'on n'entend pas le bruit respiratoire, là est le fluide aériforme, pourvu que le son y ait d'abord été mat, et que le bruit respiratoire, après avoir diminué, ait cessé tout à coup de se faire entendre de ce côté.

Dans tous les cas, ce bruit existe ordinairement encore, mais faiblement, à la racine du poumon. Ceci n'a point lieu dans la dilatation des bronches, des vésicules bronchiques, dans l'emphysème de ce viscère, et dans ces divers états le bruit respiratoire n'est jamais complètement éteint comme dans le cas d'épanchement gazeux, qui à son tour n'est jamais accompagné du râle léger, caractère de la bronchite sèche, ni du râle crépitant sec, caractère des dilatations bronchiques.

2175. Lorsqu'en outre des gaz contenus dans la plèvre, cette membrane recèle un liquide dans sa

cavité (1), on n'obtient point de son par la percussion, et l'on n'entend point la respiration dans les parties déclives où est le liquide, tandis que la percussion détermine un son très-clair dans les parties élevées du côté où est le gaz, quoiqu'on n'y entende pas du tout le bruit respiratoire. Il importe de ne pas oublier que ces sons changent de place quand le malade change de position.

Un autre signe important, en pareil cas, est le bruit de fluctuation signalé par Hippocrate, et qui est déterminé par les secousses imprimées à dessein au tronc (2) ou même seulement par la marche, ainsi que je l'ai entendu (3). Ce bruit s'entend avec le cylindre et même par l'application immédiate de l'oreille chez des sujets qui autrement ne le présenteraient pas. Il se fait aussi entendre quelquefois par suite de la présence d'un liquide et de l'air dans une cavité accidentelle et très-grande du poumon; mais alors le tintement métallique, le bourdonnement amphorique et surtout le son clair ne se font entendre que dans un espace circonscrit, et l'on entend parfois encore résonner la voix caverneuse, ainsi qu'un gargouillement, quand le sujet tousse. Je ne parle pas du flot qu'on entend dans l'estomac quand ce viscère contient du liquide, l'inattention la plus inexcusable pourrait seule le confondre avec celui d'un liquide dans la poitrine.

(1) *Hydro-pneumo-thorax*.

(2) *Des maladies*, Liv. II, page 45.

(3) Ambroise Paré, *Liv.* VIII, *c.* X. — Morgagni, *Ep.* XVI, 39. — Laennec, *Op. cit.*

Laennec a recommandé de ne point négliger la succussion du thorax, qui est en effet sans inconvénient quand on procède avec ménagement; mais qui autrement peut être dangereuse chez un sujet dont la plèvre contient des gaz.

2176. A l'ouverture des cadavres de sujets affectés de pneumo-thorax on trouve dans la plèvre un fluide aériforme, incolore, inodore ou exhalant une odeur d'œufs couvis, qui s'échappe en sifflant à l'instant où l'on perfore les parois thoraciques.

Si le gaz est très-abondant, le poumon est refoulé vers la colonne vertébrale, les côtes sont très-écartées, le diaphragme est repoussé en bas; il est saillant dans l'abdomen, si la collection gazeuse est à gauche; le foie est abaissé au dessous du niveau des côtes asternales, si elle existe à droite.

Ordinairement, outre le gaz, on trouve seulement quelques cuillerées de pus, ou un épanchement séro-purulent considérable, provenant de la matière d'un tubercule ramolli ou d'un abcès versée dans la poitrine par suite d'une perforation de la plèvre, soit qu'il y ait ou non communication de la cavité de celle-ci avec les bronches; ou un épanchement séreux peu abondant, sans communication de ce genre; ou enfin du sang liquide ou coagulé sans que la plèvre soit ouverte.

D'autres fois on trouve des débris d'eschares du poumon ou de la plèvre, ou bien celle-ci offre des taches gangréneuses.

La plèvre offre ordinairement des traces d'inflammation, ou bien elle est déchirée ainsi que le

poumon qu'elle revêt, par suite d'une contusion ou d'une chute.

Quelquefois on trouve de l'air épanché sous la plèvre pulmonaire et dans le tissu cellulaire inter-vésiculaire.

Enfin dans un très-petit nombre de cas, on ne trouve que des gaz dans la plèvre qui est alors sans altération et seulement quelquefois couverte d'un enduit onctueux, ou même sèche comme du parchemin.

2177. Laennec pensait qu'une goutte de liquide restée à la paroi supérieure de la cavité de la plèvre, dans le cas d'hydro-pneumo-thorax, venant à tomber au fond de cette cavité, à l'instant où le malade se relève brusquement dans son lit, pourrait faire entendre un tintement métallique évident et durable, quoiqu'il n'y eût pas de communication entre les bronches et la cavité pleurétique.

2178. Toute collection gazeuse se forme subitement dans la plèvre, seulement chez des sujets gravement malades, presque toujours peu avant la mort, plus souvent peut-être dans l'agonie et même après l'expiration. C'est plus qu'une maladie, c'est un des modes par lesquels, en quelque sorte, la vie cesse. Ceci ne s'applique point au dégagement de gaz qui a lieu par suite d'épanchement sanguin, surtout quand la poitrine a été ouverte par un instrument vulnérant.

2179. Tout ce qui vient d'être dit n'a rapport qu'à l'épanchement gazeux qui se fait dans un seul côté de la poitrine. Il a lieu dans les deux cavités

pleurétiques, où l'on trouve en outre un épanchement séreux peu abondant, chez un certain nombre de cadavres, et alors on considère cette collection aëro-liquide comme une trace de l'agonie.

2180. Un épanchement gazeux sans sérosité peut se faire, avant la mort, dans les deux plèvres. Un homme âgé de 60 ans, modérément gras, avait la face tuméfiée, les lèvres et les joues violettes, le front couvert de sueur, les pieds froids et œdémateux, le pouls petit, dur, fréquent, intermittent, les battemens du cœur forts et irréguliers, la respiration était évidemment gênée, la poitrine vaste, bombée, sonore à la percussion, il toussait; enfin il mourut en peu de jours, suffoqué. A l'ouverture du cadavre, des gaz s'échappèrent brusquement des deux côtés du thorax; on trouva les poumons accollés à la colonne vertébrale, aussi minces que la main, desséchés à leur surface, encore crépitans, la plèvre sans altération, mais soulevée par de nombreuses bulles d'air, renfermée dans le tissu cellulaire, située entre les côtes et cette membrane; le cœur était légèrement hypertrophié (*Récamier*).

§ VI. De la présence du sang et des corps étrangers dans la plèvre.

2181. Une plaie pénétrante, une forte contusion des parois de la poitrine, la rupture du poumon infiltré de sang, l'ouverture d'un anévrisme de l'aorte dans la poitrine, sont autant de circonstances qui font que du sang est versé dans la cavité de la plè-

vre, outre les cas où ce liquide est exhalé par cette membrane enflammée. Du sang peut encore être versé par la plèvre sans qu'elle soit ouverte, contuse, ni enflammée : du moins on l'a dit, mais on ne l'a point prouvé, quoique la chose soit possible et même si l'on veut probable.

2182. Ce sont les mêmes signes que pour l'épanchement séreux; seulement la voix chevrotante ne se ferait probablement pas entendre, si le sang se coagulait en grande partie ou en totalité.

2183. Le sang que l'aorte dilatée et rompue verse dans la cavité de la plèvre, la matière tuberculeuse ramollie et le pus qui s'y introduisent, quand la paroi d'une excavation pulmonaire vient à s'ouvrir, la sérosité même et le sang exhalé par la plèvre, la lymphe qu'y dépose le canal thoracique déchiré, l'air qui y pénètre par suite de la communication établie entre la cavité pleurétique et les bronches, sont sans contredit autant de corps étrangers pour cette membrane. Mais une autre matière méritait, à plus juste titre, ce nom, ce sont les boissons abondantes qui de l'œsophage rompu passèrent dans la cavité de la poitrine, chez le sujet dont Boerhaave a donné l'histoire consignée dans cet ouvrage (295).

Dans un cas de ce genre, la percussion, le cylindre et la succussion auraient été d'un grand secours, mais on ne fit et l'on ne pouvait à cette époque faire aucun usage de l'ouïe pour rechercher la nature et le siége du mal, encore moins de ses suites.

§ VII. De l'atonie de la plèvre.

2184. Tandis que l'on attribue encore très-souvent l'hydropisie du péritoine à l'atonie de cette membrane, une théorie si vide de sens n'est plus guère admise pour la plèvre; on ne parle plus de l'atonie de la membrane séreuse du poumon; il est utile de faire ressortir de pareilles contradictions.

§ VIII. Du fluide pleurétique dans l'état de maladie.

2185. Peut-être, comme le pense Ribes, le fluide aériforme, l'espèce de rosée que la cavité des plèvres contient dans l'état de vie et qui favorise leur glissement, est-il susceptible d'augmenter de quantité au point de déprimer le poumon. On a vu qu'à ce fluide succède ou vient se joindre une sérosité limpide ou trouble, puriforme, mêlée de sang, ou du sang pur, des flocons opaques, des couches membraniformes qui finissent ordinairement par s'organiser et former des liens d'union entre les plèvres costale et pulmonaire.

ARTICLE II.

TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PLÈVRE.

2186. La compression exercée sur la poitrine, par les corsets, est une des circonstances favorables à l'établissement des maladies de la plèvre

auxquelles on peut le moins soustraire les femmes. Il faudra rechercher si les hommes qui ne rougissent pas d'en porter éprouvent de graves inconvéniens, comme il est permis de le croire.

2187. Pour éviter les maladies de la plèvre, il faut s'imposer les mêmes privations que lorsqu'on veut se préserver des maladies du poumon, et du moins l'on est mieux fondé à espérer qu'on échappera aux causes qui sont susceptibles de les produire.

2188. C'est d'ailleurs la même impossibilité d'agir directement sur le tissu malade, mais la peau qui revêt les parois du thorax est bien peu éloignée de la plèvre, et il y a une véritable continuité entre le tissu cellulaire situé sous cette membrane et celui qui est placé sous la peau correspondante; aussi obtient-on les plus heureux effets de l'emploi des topiques dans les maladies de la plèvre, lorsque toutefois la maladie réside dans la partie de cette membrane qui revêt les côtes et les muscles intercostaux internes.

2189. Tout bandage placé autour de la poitrine nuit à la respiration, surtout dans les maladies de la plèvre, et s'il est assez serré pour arrêter le mouvement respiratoire costal, tout en diminuant la douleur il favorise l'établissement de vastes adhérences qui peuvent ne pas être sans inconvénient.

2190. Les boissons exercent moins d'empire sur les maladies de la plèvre que sur celles du poumon et surtout des bronches, mais aussi elles sont moins nécessaires, car la toux y est moins marquée.

Traitement de l'inflammation de la plèvre en général.

2191. Quoique l'inflammation de la plèvre soit une maladie très-grave, elle l'est moins que celle du poumon, et quand la phlegmasie ne s'étend pas jusqu'à ce viscère, il est aisé d'en obtenir la guérison, si le sujet est d'ailleurs bien constitué, à l'aide d'un traitement rationnel qui consiste surtout dans les émissions sanguines et les dérivatifs.

2192. La diète est indiquée comme dans toute inflammation aiguë, et de plus parce que la réplétion de l'estomac s'oppose à l'abaissement du diaphragme, mouvement alors si important pour l'accomplissement de la respiration. Aussi ne doit-on donner les boissons qu'à petites doses, en les répétant d'ailleurs aussi souvent que la soif l'exige.

2193. L'emploi des révulsifs appliqués à la peau demande beaucoup de prudence, car s'ils peuvent ranimer l'inflammation du poumon, à plus forte raison le peuvent-ils pour celle de la plèvre.

Traitement de l'inflammation aiguë de la plèvre.

2194. Dès que l'on a reconnu l'inflammation de la plèvre, il faut, sans hésiter, ouvrir une veine du bras, à moins que le sujet ne soit dans un état de faiblesse tel que ce moyen soit formellement contr'indiqué.

S'il s'agit d'une femme, et que les règles soient proches, on veut que la saignée soit pratiquée aux

pieds; il importe assez peu de suivre à la lettre ce conseil, qui du reste est sans inconvénient; l'important est de tirer du sang de suite et en quantité suffisante.

La saignée ne doit pas être moins copieuse que s'il s'agissait du poumon, c'est-à-dire qu'on doit tirer de seize à dix-huit onces de sang, jamais moins de douze onces; car il faut soulager le poumon comprimé, empêcher qu'il ne s'engorge, qu'il ne s'enflamme, et ôter l'aliment à l'inflammation de la plèvre.

Si après la première saignée on n'obtient pas de suite un soulagement complet, il faut, pour peu que le sujet soit bien constitué, réitérer promptement cette opération, c'est-à-dire avant que douze heures soient écoulées.

Il y a des recherches à faire pour savoir jusqu'à quelle éqoque on peut et l'on doit saigner dans le traitement de la pleurésie. En attendant, il est permis de dire qu'il n'est jamais trop tard pour saigner lorsqu'à l'instant où l'on est appelé la douleur se fait encore sentir.

2195. Toutes les fois que la première ou la secónde saignée n'a pas été suivie de la cessation complète de la douleur et de la liberté de l'inspiration, il faut appliquer des sangsues au nombre de vingt, trente ou quarante, sur le point douloureux de la poitrine, puis, après leur chute, couvrir les piqûres d'un cataplasme léger, chaud, de farine de graine de lin, qu'il faut renouveler avec toutes

les précautions nécessaires pour éviter le refroidissement.

Les sangsues jouent un grand rôle dans le traitement de la pleurésie aiguë ; la saignée elle-même ne fait ordinairement que préparer leur triomphe ; mais sans la saignée, souvent elles ne produiraient qu'une déplétion incomplète et trop tardive.

Si la première application de sangsues ne détermine point un soulagement suffisant, il faut, avant même que les piqûres aient cessé de saigner, appliquer quinze ou vingt de ces animaux, puis douze à quinze, enfin huit ou dix, de manière à entretenir un écoulement de sang permanent, quoique modéré, en cet endroit. La douleur cède presque constamment à cette série de moyens, que l'on peut d'ailleurs continuer aussi long-temps qu'elle persiste à se faire sentir.

2196. Les ventouses paraissent devoir être utiles, et elles peuvent l'être en effet ; mais il faut se faire une idée exacte de l'emploi de ce moyen dans la pleurésie aiguë.

Les ventouses appliquées au thorax sont fort pouloureuses, mais la douleur qu'elles causent se confond avec celle que détermine l'inflammation, et s'il y a d'abord accroissement de la souffrance, on finit bientôt par ne plus sentir que la douleur causée par la compression que le verre exerce sur la peau. Mais elles tirent très-peu de sang et seulement pendant un temps fort court ; si l'on veut obtenir beaucoup de sang, il faut donc scarifier profondément et réappliquer le verre à plusieurs reprises

sur les scarifications; de là beaucoup de douleur. Toutefois, quelque douloureux que soit ce moyen, nul autre ne remplace aussi efficacement les sangsues, quand on manque de ces animaux, et nul autre n'enlève aussi promptement la douleur légère ou errante qui reste après la saignée et l'application des sangsues.

2197. Lorsque la douleur persiste malgré les saignées et les applications de sangsues, on a pour coutume d'appliquer un large vésicatoire sur le point douloureux. Cette pratique a été souvent louée, souvent mise en usage, elle réussit quelquefois, mais elle est encore plus susceptible de nuire dans la pleurésie que dans la pneumonite; car si la révulsion ne s'opère pas complètement de la plèvre à la peau, l'inflammation se propage directement par le tissu cellulaire de la peau à la plèvre. Laennec a même cru s'apercevoir que cette application, faite de très-bonne heure, était suivie immédiatement d'une augmentation de l'épanchement pleurétique; et cette pratique ne lui paraissait sans danger que lorsque la douleur avait cessé totalement depuis quelques jours, quand la résorption marchait lentement, en un mot, comme le dit Broussais, lorsque la maladie est près de passer à l'état chronique.

2198. J'ai employé les topiques rubéfians de toute espèce, les cataplasmes sinapisés et les sinapismes, dans l'espoir de faire cesser la douleur, et je me suis assuré que lorsque l'on saignait convenablement et que l'on appliquait le nombre de sang-

sues nécessaire dès le début, on était dispensé d'avoir recours à ces moyens, ou que du moins il suffisait de quelques ventouses pour achever de dissiper la douleur.

2199. L'enlèvement de la douleur n'est pas dans le traitement de la pleurésie un accessoire, comme dans celui de la pneumonite; ce symptôme est intimement lié à la première de ces inflammations; il en donne assez exactement la mesure, et l'on a beaucoup fait quand il a cessé, car alors la respiration reprend en général sa régularité.

2200. Il n'y a aucune raison suffisante pour chercher à dissiper le point de côté à l'aide de l'opium, comme Sarcone l'a proposé; car ce n'est-là qu'un palliatif qui masque le symptôme le plus propre à faire connaître le degré de la phlegmasie, et l'on court le risque d'ajouter l'engorgement et peut-être l'inflammation du poumon à l'inflammation de la plèvre.

2201. Les mucilagineux sont utilement administrés à l'intérieur, mais ils ne sont pas aussi efficaces que dans la pneumonite, car il n'y a guère de toux à calmer, ou du moins ces moyens ont alors peu d'empire sur elle. Les boissons de cette nature ne sont guère utiles que pour occuper l'estomac, et aider le sujet à supporter l'abstinence d'alimens. Les huileux seraient tout-à-fait superflus, puisqu'il n'y a point d'expectoration à favoriser, car nous raisonnons ici dans la supposition d'une pleurésie simple.

2202. La diète doit être celle des maladies aiguës, c'est-à-dire que le bouillon lui-même doit être proscrit.

2203. Il est utile de maintenir le ventre libre, à l'aide de lavemens mucilagineux ou huileux, afin que la respiration puisse se faire par l'abaissement du diaphragme avec moins de difficulté, et de prévenir le développement de l'entérite.

2204. Les vomitifs ont été administrés dans le traitement de la pleurésie, comme dans celui de la pneumonite. Ces moyens déterminent d'atroces douleurs à la base de la poitrine; la pleurésie de partielle qu'elle était peut finir par s'étendre à tout un côté, ou même aux deux côtés de la poitrine, et de plus l'estomac et l'intestin grêle peuvent s'enflammer; c'en est sans doute assez pour détourner de l'emploi d'un pareil procédé, qu'il faut reléguer parmi les moyens que les empiriques seuls peuvent consciencieusement mettre en usage, parce que l'ignorance leur fait illusion sur les inconvéniens de pareils agens.

2205. S'il est absurde de ne penser dans le traitement de la pneumonite qu'à provoquer et entretenir l'expectoration, cette intention l'est encore davantage dans celui de la pleurésie. Jamais inflammation de la plèvre ne s'est jugée, comme on dit, par les crachats, sinon lorsque la bronchite ou la pneumonite s'y joignait.

2206. Le protochlorure de mercure, recommandé comme propre à faire disparaître l'épanchement séreux suite de la pleurésie, n'ayant jamais manifestement produit cet effet, on ne voit pas qu'il y ait aucune raison solide pour en recommander l'usage. Combiner ce sel mercuriel à l'opium, c'est agir uni-

quement pour agir, et réunir deux moyens empiriques dans l'espoir d'en faire un moyen rationnel. Les frictions mercurielles à haute dose sur les parois de la poitrine ont paru fort efficaces à Laennec ; mais il s'est borné à une simple assertion, sans prouver qu'elle fût fondée, lui qui ne négligeait jamais d'appuyer sur des faits nombreux et minutieusement décrits la moindre particularité anatomique.

2207. Peut-être le traitement de l'inflammation de la plèvre doit-il varier selon qu'il existe encore peu d'épanchement, ou que déjà la collection séreuse est considérable ; mais le raisonnement, l'observation et l'expérience n'ont encore rien appris de plausible sur ce point de pratique.

2208. Laennec attribuait à l'émétique donné à haute dose, le pouvoir de faire cesser la douleur pleurétique et l'accélération du pouls, mais il le croyait sans utilité pour faire résorber l'épanchement. C'est après l'avoir donné, pendant plusieurs semaines, à la dose de neuf grains, qu'il est arrivé à cette conclusion. Il est permis de ne pas insister sur ce point, puisque Laennec lui-même avoue l'inefficacité de ce moyen téméraire, et ne lui trouve d'autre utilité que celle de diminuer la quantité de sang qu'autrement on serait obligé de tirer, avantage qu'il ne s'est pas mis en peine de prouver.

2209. Un usage populaire fort répandu est celui qui consiste à prendre une boisson stimulante, vineuse ou alcoolique, chaude et aromatisée, dès qu'on ressent un point de côté. Cela réussit quelquefois, mais, bien plus souvent, il en résulte que le mal s'ac-

croît au lieu de diminuer. C'est là encore une de ces pratiques dont le médecin prudent et éclairé ne doit jamais se rendre complice.

2210. En somme, le traitement de la pleurésie se rapproche beaucoup de celui de la pneumonite, et une grande partie de ce que nous avons dit de celle-ci, sous le rapport thérapeutique, s'applique à celle-là ; mais il faut avoir égard aux différences qui viennent d'être signalées, car elles sont fondamentales.

2211. Lorsque, ainsi qu'il arrive le plus souvent, la pleurésie est compliquée de pneumonite ou complique cette phlegmasie, il faut se conduire en raison de la prédominance de l'une ou de l'autre de ces inflammations, tout en combinant les moyens indiqués dans chacune d'elles. C'est surtout alors que la saignée et les sangsues doivent être habilement combinées, et qu'il faut ajourner pour long-temps le vésicatoire. Au reste, ces cas très-graves sont souvent au dessus de toutes les ressources de l'art.

Traitement de l'inflammation hémorrhagique de la plèvre.

2112. Lorsque l'on a lieu de supçonner que du sang a été versé dans la plèvre par cette membrane enflammée, il importe de saigner copieusement par l'ouverture d'une veine, car il n'est pas de moyen plus propre à favoriser la résorption de la partie liquide de l'épanchement, ni plus susceptible de le borner en abaissant le degré d'irritation. On sent bien d'ailleurs que tout est à créer sur ce point de médecine

pratique, mais il fallait du moins le signaler, dans l'espoir qu'il sera éclairci un jour.

Traitement de l'inflammation intermittente de la plèvre.

2213. Lorsque la pleurésie se caractérise par des accès que séparent des intervalles de santé, au moins apparente, il faut, pendant les accès, traiter le sujet comme si le mal était continu, et prescrire les amers, le quinquina, le sulfate de quinine, pendant l'intervalle des accès.

2214. Torti a guéri, sans quinquina, une malade qui, obligée de garder le lit à cause d'un catarrhe bronchique, éprouva une pleurésie double-tierce bien caractérisée.

2215. Comment se fait-il que parmi tant de médecins qui exercent l'art de guérir dans les contrées où règnent sans cesse les maladies intermittentes, il n'y en ait pas un seul qui les ait observées dans l'esprit des nouvelles doctrines, c'est-à-dire qui ait scruté avec soin et la nature et le siége de la lésion dont les symptômes se montrent sous le type intermittent.

Traitement de l'inflammation partielle de la plèvre.

2216. Il est difficile, sinon impossible, de reconnaître sur le vivant que l'inflammation occupe telle partie de la plèvre plutôt que telle autre, et pourtant cela serait souvent utile pour l'application des sangsues qui doit réellement être faite le plus près possible du siége du mal.

2227. Dans tous les cas, il ne faut pas oublier qu'un large vésicatoire peut élargir l'inflammation de la plèvre, et que ce moyen ne peut être utile que lorsque cette membrane n'est enflammée que sur une très-petite partie de son étendue.

2218. Les ventouses sont fort utiles quand la phlegmasie est très-restreinte, et lorsqu'elle est peu intense souvent elles font avec succès tous les frais du traitement.

Traitement de l'inflammation chronique de la plèvre.

2219. Sous le point de vue du traitement, il est utile de distinguer la pleurésie chronique qui est la suite immédiate de la pleurésie aiguë, de celle qui, bien caractérisée d'ailleurs, s'est établie peu à peu sans état aigu préalable, et de celle enfin qui demeure obscure pendant toute sa durée.

2220. Lorsque la pleurésie aiguë persiste à un certain degré, avec douleur dans la poitrine, accélération du pouls, il faut continuer à faire des applications de sangsues, en petit nombre, partout où la douleur se fait sentir, et d'autant plus souvent que le mouvement circulatoire est plus rapide.

S'il y a des douleurs sans accélération du pouls, les ventouses scarifiées sont préférables, car elles font cesser aussi sûrement les douleurs, et elles tirent peu de sang.

Si, au contraire, il n'y a point de douleur, ou si la douleur est légère, momentanée, le pouls fort, accéléré, la peau chaude, il est préférable d'appli-

quer des sangsues, afin d'opérer une déplétion suffisante.

Si la douleur persiste malgré les ventouses, sans que le pouls soit fréquent et la peau chaude, il est utile d'appliquer des vésicatoires volans sur le point douloureux et autour.

Le malade doit être strictement maintenu au régime végétal, et soutenu seulement plutôt que nourri par du lait, des fécules et des fruits donnés en petite quantité. C'est toujours par la diète, dit Broussais, que j'ai calmé les mouvemens fébriles qui surviennent durant le cours des pleurésies chroniques; plus elle était sévère, moins le sujet perdait de forces, parce qu'il était plus tôt rendu au calme et à l'apyrexie; on ne concevra jamais, avant de l'avoir observé soi-même par la comparaison d'un grand nombre de sujets, combien une fièvre de vingt-quatre heures enlève de forces à un malade déjà languissant, et combien il est difficile de réparer le mal qu'elle a fait. On est bien obligé, ajoute-t-il, d'accorder des alimens aux malades, lorsque la fièvre occasionée par l'inflammation du poumon persiste, et que malgré son intensité l'appétit se prononce avec énergie, parce que, dans ce cas, la phlegmasie du poumon est telle que l'abstinence ferait plutôt succomber le malade qu'elle n'éteindrait la fièvre. Dans les mouvemens fébriles qui s'élèvent tout-à-coup au milieu du calme d'une pleurésie chronique, la diète en vient ordinairement à bout, mais s'ils lui résistent, et que l'appétit revienne, on ne peut se dispenser de nourrir le malade. C'est le cas

de ne donner que les légers alimens qui viennent d'être indiqués.

2221. Lorsque la pleurésie chronique s'établit peu à peu sans état aigu préalable, on est long-temps dans l'incertitude sur la nature et le siége du mal, dont pendant long-temps on n'observe que des symptômes douteux. Néanmoins, comme il n'est pas permis de méconnaître que l'organe affecté réside dans la poitrine, il est indispensable de recommander le régime lacté et végétal, et l'éloignement de toutes les causes capables de porter atteinte aux organes de la respiration.

Dès qu'une douleur intense vient à se faire sentir, il faut, surtout si elle est accompagnée de fréquence du pouls, prescrire une application de sangsues, ou tout au moins des ventouses scarifiées. Ces moyens doivent être répétés d'autant plus que la douleur persiste davantage ou se renouvelle plus souvent, en ayant le soin d'insister de préférence sur les ventouses si la douleur domine, sur les sangsues si l'accélération du mouvement circulatoire est le plus intense des symptômes.

Après l'application des sangsues, celle du vésicatoire est indiquée, le si pouls n'est nullement ému.

Plus cette nuance de la pleurésie se rapproche de la précédente, c'est-à-dire plus ses symptômes inflammatoires sont manifestes, et plus le traitement antiphlogistique doit être actif. La diète sévère ne peut être imposée que dans les redoublemens, mais le régime doit être constamment ténu et adoucissant.

Il est en général utile d'exciter la peau du thorax,

néanmoins il faut le faire avec douceur, et prendre garde d'allumer la fièvre par l'excès de douleur et en provoquant une rougeur trop étendue.

2222. Lorsque la pleurésie est fort obscure à toutes les époques de sa durée, il est rare que l'on parvienne à diriger rationnellement le traitement; néanmoins lorsqu'enfin on reconnaît ce qu'est la maladie qu'il s'agit de guérir, il faut étudier le sujet avec attention : s'il est pourvu de sang en suffisante quantité, il ne faut pas hésiter à prescrire une ou plusieurs applications de sangsues, puis on examine l'effet qui en résulte; si le malade, quoiqu'affaibli, éprouve de l'amélioration dans son état, on le laisse reprendre des forces, puis on passe aux rubéfians, aux vésicatoires. Mais c'est en vain que l'on emploierait et les émissions sanguines et les excitans de la peau, si en même temps on ne recommandait le régime adoucissant. L'absence de l'accélération du mouvement circulatoire est d'ailleurs une circonstance favorable, en ce qu'elle permet de multiplier les vésicatoires volans; mais lorsqu'enfin le mouvement circulatoire subit, chaque jour ou tous les deux jours, une accélération prononcée, il faut s'en tenir au régime.

2223. La pleurésie chronique avec gêne excessive de la respiration présente de grandes difficultés dans le traitement, non-seulement en raison de la nature et du siége du mal, mais encore à cause de ce symptôme si incommode dont le sujet demande sans cesse qu'on le débarrasse. Cette oppression a rarement lieu sans que le cœur ait subi une dilata-

tion dans quelqu'une de ses parties; elle ajoute donc à la gravité du pronostic, et elle exige que l'on fasse de loin en loin de petites saignées, après chacune desquelles il importe beaucoup d'observer l'influence qu'elles exercent sur les forces et sur la respiration elle-même. En effet, si l'amélioration qu'elles procurent est faible, de courte durée et suivie d'une faiblesse prolongée, après laquelle la respiration demeure plus gênée qu'auparavant, il faut renoncer à ce moyen pour se borner aux stimulans instantanés de la peau.

2224. On a proposé comme des moyens puissans dans le traitement de la pleurésie chronique, le séton, le cautère, le moxa, appliqués aux parois de la poitrine. De ces trois moyens le premier est véritablement le plus rationnel, toutes les fois qu'on peut en entretenir la suppuration, sans exciter une trop vive inflammation. Le cautère est préférable au moxa, qui n'a sur lui aucun avantage, pas même celui de la vive douleur qu'il provoque, puisqu'il n'y a pas moyen de penser qu'une douleur de quelques minutes puisse exercer une grande influence sur une maladie de plusieurs mois au moins.

2225. Des bains de vapeurs, bornés autant que possible à la poitrine, ou plutôt des douches de vapeurs dirigées vers cette partie du corps, me paraissent susceptibles de produire de très-bons effets dans le traitement de la pleurésie chronique, moyennant que l'on prenne toutes les précautions nécessaires pour que le sujet ne se refroidisse point aussitôt

après avoir été soumis à l'action de ce moyen trop peu employé.

2226. Tout agent thérapeutique qui agit en sens diamétralement opposé à celui de la cause la plus commune d'une maladie, est, à coup sûr, éminemment approprié au traitement de celle-ci, quand il est dirigé avec sagacité.

2227. Rien n'est plus fréquent que de voir apparaître les phénomènes de la pneumonite chronique et les symptômes de l'état tuberculeux du poumon dans le cours de la pleurésie chronique, soit que le poumon fût déjà lésé avant la plèvre, mais sans signe caractéristique, soit que l'affection de cette membrane se propage, ce qui arrive souvent, au viscère qu'elle revêt.

Une telle complication ne laisse plus d'espoir, et le traitement devient encore plus infructueux que difficile à diriger, car à peine peut-on encore appliquer quelques sangsues et calmer la toux par de légers opiacés, moyens souvent inefficaces et dont on n'augmente la dose qu'au détriment du sujet.

2228. D'autres fois ce sont les phénomènes de la pleurésie chronique qui se manifestent parmi ceux de la pneumonite chronique et de l'état tuberculeux du poumon; c'est là l'indice assuré d'une mort peu éloignée. Quelques applications de ventouses scarifiées sont le seul moyen auquel on puisse avoir recours. Les autres irritans de la peau caussent beaucoup de douleur en pure perte, car la mort est inévitable.

Indications relatives à l'action des poisons sur la plèvre.

2229. Si, parmi les accidens qui surviennent par suite de l'empoisonnement, une vive douleur de côté se faisait sentir sans dépendre de la sympathie de l'estomac avec la poitrine, il conviendrait de saigner, d'appliquer des sangsues à la partie douloureuse de la poitrine, et se conduire, en un mot, comme s'il s'agissait d'une pleurésie provenant de toute autre cause.

Traitement de l'hydropisie de la plèvre.

2230. Aussi long-temps que l'hydropisie de poitrine a passé pour une maladie primitive, on ne s'est occupé, dans le plus grand nombre des cas, que des moyens de faire rentrer la sérosité épanchée dans les voies circulatoires et de l'attirer vers un des émonctoires du corps. Les chirurgiens, plus expéditifs, se sont demandé s'il ne vaudrait pas mieux lui procurer une issue directe, en ouvrant les parois de la poitrine, et cette opération a été pratiquée avec quelque succès.

2231. Les cas où, à l'ouverture des cadavres, on a trouvé de la sérosité en abondance dans la cavité de la plèvre sans que celle-ci fût sensiblement altérée dans sa texture, prouvent si non que cette membrane n'est pour rien dans la production de cette sérosité, au moins qu'elle n'a pas toujours subi une modification irrémédiable. Par conséquent il est vraiment rationnel de chercher à procurer la

résorption ou de pratiquer l'extraction du liquide épanché, autant qu'on peut le faire sans accroître l'état de maladie du tissu qui la fournit.

2232. A l'état aigu, la présence de la sérosité dans la plèvre ne présente aucune indication spéciale, et c'est sans motif légitime qu'on a cru devoir recourir à des moyens quelconques pour la faire disparaître; toutes les fois que la membrane revient à son état antérieur le liquide disparaît, du moins on n'a aucune preuve qu'il puisse demeurer dans la poitrine après que l'inflammation a cessé.

2233. Ce ne serait qu'après la cessation de tous les phénomènes d'inflammation de la plèvre, lorsque la gêne de la respiration aurait fait soupçonner la continuation de l'épanchement, et lorsque le cylindre en aurait confirmé la persistance, qu'on serait autorisé à prescrire les purgatifs énergiques, les diurétiques, les sudorifiques, dans la convalescence de la pleurésie aiguë. Dans des cas pareils, Laennec donnait par jour depuis six gros jusqu'à deux onces d'acétate de potasse; depuis quarante grains jusqu'à trois ou quatre gros de nitrate de potasse, parfois combiné au sel ammoniac; l'extrait de scille à la dose de deux grains, de trois en trois heures; la digitale, à celle de dix-huit grains jusqu'à un demi-gros et davantage en infusion dans une pinte d'eau; l'urée depuis douze grains jusqu'à un gros et plus par jour. Il se louait de tous ces moyens, ainsi que des purgatifs répétés à des intervalles rapprochés, immédiatement après la saignée. Avant lui les purgatifs, les diurétiques, les sudorifiques avaient été vantés dans le

traitement de l'hydropisie de poitrine ; on leur doit en effet quelques succès, mais ils ont échoué un bien plus grand nombre de fois. Ils seront d'autant plus efficaces à l'avenir que, sans doute, on ne les prescrira qu'après avoir employé tous les moyens propres à faire cesser l'inflammation chronique de la plèvre, cause la plus fréquente de l'hydropisie de cette membrane.

Ces divers médicamens peuvent être employés dans le traitement de l'hydropisie de poitrine avec plus de succès et moins de danger que dans celle du péritoine, qu'accompagne si souvent l'inflammation chronique des voies digestives.

2234. L'hydropisie de la plèvre a été souvent supposée où elle n'existait pas, et lorsqu'ensuite on obtenait du soulagement ou même la guérison d'une maladie dont on n'avait connu ni la nature ni le siége, on croyait avoir guéri une hydropisie de poitrine : l'erreur était d'autant plus facile à commettre que l'on ne pouvait, comme pour l'hydropisie abdominale, suivre de l'œil et de la main la diminution de la collection séreuse.

2235. Au reste, lors même que l'hydropisie de la plèvre accompagne une maladie du cœur, il ne faut pas désespérer de la faire cesser, au moins pour un temps, par le moyen des excitans, des sécrétions ; les diurétiques appliqués à la peau, et par exemple la teinture de digitale en frictions sur la poitrine, sont utiles en pareils cas ; on peut ainsi au moins diminuer les maux du sujet et lui procurer des instans de relâche.

2236. Que la sérosité contenue dans la poitrine soit limpide, ou puriforme, ou sanguinolente, ce qu'on ne peut dire pendant la vie, on a conseillé de l'extraire directement en ouvrant la poitrine (1).

La dilatation et l'œdème du côté de la poitrine où gît l'épanchement, le refoulement du foie en bas, celui du cœur vers le côté opposé, le son mat, l'absence du bruit respiratoire et du râle crépitant, si ce n'est en arrière, près de la colonne vertébrale, et les variations de la voix chevrotante, tels sont les signes dont l'étude approfondie, ayant constaté l'existence d'un épanchement, autorise à ouvrir la poitrine.

Laennec prétend qu'on doit se décider à cette opération :

1° Lorsque dans une pleurésie aiguë, l'épanchement, très-abondant dès le début, augmente avec une telle rapidité qu'au bout de quelques jours il détermine un œdème général ou local, et peut faire craindre la suffocation.

2° Lorsque dans une pleurésie chronique, l'œdème du côté affecté s'est manifesté, lorsque la longue durée de la maladie, l'amaigrissement et l'affaiblissement graduels du malade, et le défaut de succès de tous les moyens employés pour déterminer la résorption du liquide épanché, ne laissent plus aucun espoir de réussite par cette voie.

L'état tuberculeux et même les excavations du

(1) *Opération de l'empyème.* — Sabatier, *Méd. op.* — Laennec, *Op. cit.*

poumon ne lui paraissent pas être une contr'indication. Le contact de l'air est, suivant lui, d'autant moins nuisible à la plèvre, que cette membrane est couverte d'une couche membraniforme molle, récente ou ancienne et compacte. Si cette opération est rarement suivie de succès, cela ne provient, selon ce médecin, que de ce que le poumon refoulé par l'épanchement se laisse difficilement pénétrer de nouveau par l'air, et ne reprend que lentement sa perméabilité, son volume primitif et ses fonctions, et cela d'autant moins que la plèvre qui l'entoure est devenue plus compacte, plus résistante, et qu'elle est revêtue d'une couche fibreuse; d'où résulte que la cavité qui recélait la matière de l'épanchement ne s'effaçant point et ses parois s'enflammant, la sécrétion purulente continue ou succède à l'exhalation séreuse, et le malade meurt épuisé par une suppuration si abondante dans une partie aussi délicate. Laennec conclut de là que c'est surtout dans la pleurésie aiguë qu'on peut ouvrir la poitrine avec succès; nous ne ferons à cette conclusion qu'une seule objection, c'est que, excepté les cas qu'il a signalés, il n'y a point de motif pour ouvrir la plèvre enflammée, et que dans les cas même qu'il indique, il ne sera jamais sans un grand danger d'inciser cette membrane, ordinairement dépourvue de couches accidentelles à sa surface au moins dans une partie de son étendue, et de la mettre en contact avec l'air atmosphérique. Il n'est besoin d'aucun argument pour démontrer que ce contact est nécessairement dangereux pour une membrane que la

nature a enfouie si profondément et si bien préservée de l'accès de l'air.

Laennec se proposait de favoriser la dilatation du poumon refoulé, en faisant le vide dans la cavité de l'épanchement, mais il n'a pu mettre ce projet ingénieux à exécution.

Il préférait la ponction avec le trois-quarts à l'incision, lorsque l'épanchement est récent et permet de se borner à quelques ponctions répétées, l'ouverture se refermant chaque fois; lorsque le malade est tellement affaibli qu'on peut craindre un évanouissement dangereux par l'évacuation totale du liquide; enfin comme moyen de soulagement momentané dans les cas où l'on ne peut espérer la guérison, en raison de l'existence de tubercules pulmonaires nombreux et excavés. Dans toute autre circonstance, l'incision lui paraissait préférable, parce que l'ouverture qu'elle procure est plus durable.

C'est dans le milieu de l'espace compris entre les cinquième et sixième côtés sternales, un peu au-devant des digitations du muscle grand dentelé, qu'il faut, suivant lui, opérer, attendu que là est le point le plus déclive de la poitrine chez un homme couché : il appuie d'ailleurs cette opinion sur des remarques d'anatomie pathologique tout-à-fait décisives; il n'y a lieu d'inciser ailleurs que lorsqu'un reste de bruit respiratoire indique en cet endroit une adhérence du poumon à la plèvre costale.

En somme, indépendamment de la difficulté de s'assurer de la réalité de l'épanchement, difficulté

quelquefois insurmontable, l'ouverture de la poitrine n'est point susceptible d'être souvent pratiquée; elle restera long-temps encore dans le domaine des praticiens aventureux qui, pour accroître le domaine de l'art, font plus d'une fois gémir l'humanité.

Traitement des hydatides de la plèvre.

2237. Les hydatides de la plèvre ne deviennent un sujet d'indication que lorsqu'elles se font jour à travers les parois de la poitrine; il faut alors couvrir de cataplasmes mucilagineux la tumeur, puis l'ouvrir, ensuite pratiquer dans sa cavité des injections légèrement excitantes, maintenir l'ouverture béante aussi long-temps qu'il se présente des hydatides, et enfin la laisser se cicatriser lorsque celles-ci paraissent toutes expulsées.

Indications relatives à la présence des gaz dans la plèvre.

2238. Une accumulation gazeuse qui est presque toujours le résultat du début de l'agonie ou d'une communication irrémédiable entre l'air extérieur et une cavité que la nature avait si bien garantie de cet agent, ne parait guère susceptible d'indications curatives. Cependant Hewson, Rullier et Laennec n'ont pas craint d'avancer que le pneumothorax simple serait le cas où l'on pourrait se promettre le plus de succès de la ponction de la poitrine; à cette occasion, on a cité Riolan, qui dit avoir vu ne sortir que de l'air de la poitrine de sujets

chez lesquels on avait ouvert les parois de cette cavité, pensant qu'elle contenait de la sérosité. Laennec conseille de faire pratiquer des frictions aromatiques et alcooliques et de donner à l'intérieur de légers toniques, avant d'en venir à l'opération. Celle-ci ne lui parait pas être indiquée toutes les fois qu'un liquide est joint au gaz contenu dans la plèvre, à moins qu'il n'y ait péril imminent de suffocation, ou que la maladie ne demeure long-temps stationnaire, sans signes d'état tuberculeux du poumon. Tout cela est purement spéculatif.

Indications relatives à la présence du sang et des corps étrangers dans la plèvre.

2239. La présence du sang dans la plèvre n'est jamais certaine, excepté dans le cas de plaies pénétrantes de poitrine ; il n'y a par conséquent aucune indication qui se rattache spécialement à la présence de ce liquide dans la cavité pleurétique. Épanché à la suite de l'inflammation ou par suite de contusion, il est résorbé, et la saignée est tout-à-fait propre à favoriser ce travail réparateur ; épanché par suite de blessure, il est résorbé, ou bien, il sort par la plaie, ainsi que j'en ai observé un cas mémorable, ou enfin il devient l'origine de diverses productions accidentelles.

Dans le cas dont je viens de parler, une énorme quantité de pus et de sang sortit quelques jours après la blessure ; de nombreuses saignées avaient été pratiquées pour faire cesser la suffocation immi-

nente qui, à diverses reprises, avait failli faire périr le sujet. Dans aucune autre circonstance je n'ai eu occasion de si bien constater le merveilleux effet de la saignée quand il s'agit de rétablir la liberté de la respiration dans un poumon comprimé par un épanchement.

2240. Lorsque le sang d'un kyste anévrysmal, le pus d'un abcès, la matière tuberculeuse d'une excavation sont versés dans la cavité de la plèvre, il n'y a rien à faire pour sauver le sujet, car il périt avant qu'on ait pu constater la nature de la lésion, ou bien il se manifeste une inflammation nécessairement mortelle de la plèvre, ou du moins contre laquelle la nature seule peut trouver des ressources.

2241. La présence des boissons épanchées dans la cavité de la plèvre, par suite de la rupture de l'œsophage, indiquerait la ponction du thorax, mais il n'y aurait aucune probabilité de succès dans une pareille lésion.

Traitement de l'atonie de la plèvre.

2242. On n'a point, que je sache, conseillé d'injecter un liquide stimulant dans la plèvre, après l'avoir vidée de la sérosité qu'elle contenait; si quelqu'un proposait un semblable moyen, il suffirait de lui mettre sous les yeux la persistance si ordinaire du refoulement du poumon après l'évacuation de la sérosité. La pratique bien méditée est vraiment l'écueil des théories hypothétiques : s'il y avait eu autre chose que de la théorie spéculative

dans l'opinion qui attribuait la production de la plupart des hydropisies à l'atonie des membranes séreuses, on n'aurait pas craint de conseiller d'irriter la plèvre dans l'hydropisie de poitrine, et si on ne l'a point fait c'est qu'on a senti qu'il n'y avait là qu'une fausse supposition.

Des indications relatives au fluide de la plèvre.

2243. La nature du fluide et des liquides contenus dans la plèvre ne présente aucune indication spéciale, leur présence seule a de l'importance. Nous avons dit à cet égard tout ce que l'on sait dans l'état actuel de la science. Ici encore on voit que les indications relatives aux liquides animaux sont purement secondaires.

2244. L'hydropisie de la plèvre, comme toutes les autres collections séreuses, peut se développer chez un sujet mal nourri, exposé à l'influence du froid humide, du chagrin, et plongé dans l'inaction; mais s'il est avantageux de remédier à toutes ces causes par une nourriture saine, des vêtemens de laine appliqués sur la peau, des consolations et un exercice modéré, c'est afin de rétablir les digestions, de favoriser les fonctions de la peau, d'accélérer la circulation, et non pas pour redonner du ton à la plèvre.

CHAPITRE VIII.

DES MALADIES DU DIAPHRAGME (1).

2245. Après avoir parlé des maladies des organes digestifs et des organes respiratoires, il paraît convenable d'exposer le peu qu'on sait sur les maladies du diaphragme, avant d'en venir à l'histoire des maladies des organes circulatoires. L'importance de ce muscle, unique dans l'organisme, autorise à lui consacrer un chapitre, ne fût-ce que pour rappeler sur lui une partie de l'attention qu'il avait fixée autrefois, et que depuis on a trop détourné de ce moteur si remarquable.

2246. Organe musculo-tendineux situé entre trois membranes séreuses, fixé à des cercles osseux et des cartilages mobiles, à une colonne osseuse flexible, traversé par des vaisseaux et des nerfs du premier ordre, et recevant lui-même des vaisseaux et des nerfs notables, le diaphragme, que pressent les poumons et le cœur, et qui pèse sur le foie, l'estomac, les intestins, le pancréas, les reins et la rate, est intimement lié par ses nerfs, ses vaisseaux et par son action à la membrane muqueuse bronchique, à la membrane muqueuse digestive, à la peau, à tous les viscères, à toutes les parties du corps. Aucun agent extérieur n'est en contact avec lui, mais il est peu d'impression

(1) Hempel, *de Diaphragmate sano et morboso*; Goettingue, 1810.

qui ne développe chez lui quelque mouvement, si non quelque sentiment, comme on le croyait autrefois.

2247. Les maladies du diaphragme sont, non pas très-rares, comme on le croit, mais mal connues, rapportées à d'autres organes ou comptées pour rien, parce qu'elles sont souvent secondaires, aussi la thérapeutique en est à peine connue.

ARTICLE PREMIER.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DU DIAPHRAGME.

2248. On se demande d'abord si le diaphragme est réellement sujet à être malade, mais il n'est pas douteux que puisque la respiration est si souvent lésée, ce muscle ne peut y demeurer indifférent, et lors même que ses lésions seraient toujours secondaires, encore faudrait-il les connaître, car ce qui est secondaire en pathologie n'est pas pour cela sans importance dans la pratique.

§ I. De l'inflammation du diaphragme (1).

2249. L'inflammation du diaphragme est rare, si l'on entend par là l'inflammation de ce muscle lui-même, et non pas seulement celle des portions de la plèvre ou du péritoine qui le revêtent. Lorsque Boerhaave disait de cette phlegmasie qu'elle

(1) *Phrénite. Diaphragmatite. Diaphragmite. Paraphrénesie.* — Boerhaave, *Aph* — Sowicz, *de Diaphragmitide*; Wilna, 1819

était plus commune qu'on ne le pensait, il entendait parler à la fois de ces deux cas. Dans le chapitre précédent, les phénomènes observés dans quelques cas de pleurésie diaphragmatique, ont été rapportés.

2250. Hildenbrand indique comme causes de la diaphragmatite : les plaies, la commotion par suite d'une chute sur les fesses, le refroidissement direct des parois thoraciques, l'excès du rire, les sanglots répétés, l'abus des corsets.

2251. Une douleur inflammatoire, locale, intolérable, qui ceint avec violence la base de la poitrine, augmente et descend par l'inspiration, diminue et remonte dans l'expiration, s'accroît par la toux, l'éternuement, la plénitude de l'estomac, le hoquet, les nausées, le vomissement, la pression exercée sur l'abdomen, par l'expulsion des matières fécales et de l'urine; l'élévation, la brièveté, la vitesse de la respiration, qui ne se fait plus que par l'élévation des côtes, le ventre restant immobile; la rétraction des hypochondres en dedans et en haut; la gêne de la déglutition, quelquefois bruyante à l'orifice de l'estomac; le besoin de soupirer, le rire involontaire convulsif, le hoquet; le délire, les convulsions ou la faiblesse des muscles des membres, la vitesse et la dureté du pouls: tels sont les symptômes attribués à l'inflammation du diaphragme.

Quand au rire involontaire convulsif (1), c'est

(1) *Rire sardonique.* — Roy, *Traité sur le rire*, Paris, 1814, in-8°.

uniquement sur la parole des grecs et de Dehaen qu'on persiste à le donner comme signe de lésion du diaphragme.

Sauvage a très-bien vu qu'il faut une affection du cerveau pour que le délire se manifeste quand le diaphragme est enflammé.

Le délire ne se manifeste pas plus souvent dans l'inflammation de ce muscle que dans celle de la plèvre; si on a cru qu'il était fréquemment la suite de cette phlegmasie, c'est que l'on a souvent pris la gastrite pour une diaphragmatite. En effet selon que le diaphragme est enflammé à sa face supérieure ou inférieure, on voit se manifester les signes de phlegmasies thoraciques ou abdominales.

Le hoquet n'a pas toujours lieu.

L'abaissement et l'élévation de la douleur sont rarement distinctement sentis.

Le besoin de soupirer est rarement exprimé par les malades.

2252. Presque toujours rapide dans sa marche, l'inflammation du diaphragme se résout, se termine par l'adhérence de ce muscle aux parties voisines, aboutit à la suppuration, à la gangrène, en peu de jours, et passe très-rarement à l'état chronique.

2253. A l'ouverture des cadavres, on trouve le diaphragme d'un rouge foncé, très-injecté de sang, et ses vaisseaux ordinairement dilatés; il est couvert de couches membraniformes, adhérent au poumon, au foie, à la rate, à l'aorte dilatée. On le trouve aussi ulcéré ou couvert de taches noirâtres.

Un homme âgé d'environ 40 ans, qui souffrait

depuis 6 à 7 jours d'une douleur aux orteils, en fut promptement guéri par l'application d'une éponge imbibée d'eau froide acidulée; il éprouva bientôt après, un grand resserrement à la partie inférieure de la poitrine, avec rétraction des hypochondres, difficulté de respirer, fièvre aiguë, et mourut en peu de jours. A l'ouverture du cadavre on trouva l'aîle droite du diaphragme et une portion du centre de ce muscle très-rouges et gonflées et les poumons ramollis. Il n'y avait eu ni rire convulsif, ni délire.

Wend et Selle ont fait des observations analogues.

Un malade, atteint depuis long-temps de douleurs errantes, éprouva tout à coup, sans cause apparente, un vomissement violent, une gêne excessive de la respiration, et mourut en un quart d'heure. A l'ouverture du corps on trouva que le diaphragme était perforé à l'endroit où il correspond à l'estomac; ce viscère l'était également lui-même, il était en outre enflammé ainsi que le foie; un épanchement considérable s'était opéré dans la poitrine.

Dans d'autres cas, ce muscle perforé établissait un canal de communication entre la poitrine et le foie devenu le siége d'une collection de pus.

On a trouvé le diaphragme perforé et établissant une communication entre la poitrine et la rate convertie en un sac purulent.

D'autre fois c'est au pancréas que le diaphragme perforé adhérait.

Le poumon tombé en suppuration a quelquefois

versé la matière qu'il contenait, à travers le diaphragme perforé, dans la cavité abdominale (1).

Outre les cas où le diaphragme enflammé vient à se perforer, et ceux dans lesquels il est ouvert par un instrument vulnérant, il en est d'autres où il se rompt par suite de violens efforts. Percy rapporte qu'une jeune femme au fort des douleurs de l'enfantement, et s'efforçant d'étouffer ses cris, éprouva une vive frayeur, poussa un cri plaintif, articula quelques mots d'une voix éteinte et expira donnant le jour à un enfant bien portant ; à l'ouverture du corps on trouva le diaphragme déchiré obliquement et en franges dans sa partie charnue du côté gauche, l'estomac aux deux tiers passé dans la poitrine avec l'épiploon et une anse du colon, un peu de sang dans l'abdomen et sur le diaphragme.

La bouche de cette femme après la mort était encore hideusement contournée.

Dans un cas où la rupture du diaphragme fut l'effet d'une chute, Percy trouva la partie supérieure du bas ventre prodigieusement aplatie ; la poitrine évasée, le visage riant ; il annonça la rupture qui en effet s'étendait du sternum au centre tendineux : les viscères étaient en majeure partie dans la poitrine. Il a retrouvé la proéminence des côtes, l'aplatissement du ventre et l'air riant chez un soldat précipité du haut d'un rocher, et dont le diaphragme était déchiré dans tous les sens.

Les coups de crosse de fusil dans la poitrine, un

(1) Portal, *Anatomie médicale* ; Paris, 1804 ; in-4°.

coup reçu dans le dos, ont également déterminé la rupture du diaphragme, le passage des viscères abdominaux dans la poitrine, et la mort (1).

Ce passage des organes du bas ventre dans la poitrine fait de suite distinguer une rupture du diaphragme sans inflammation de ce muscle, d'une perforation due à l'inflammation et au ramollissement qui en est l'effet, car, dans ce dernier cas, il y a presque toujours assez d'adhérences pour que le déplacement ne puisse avoir lieu.

Néanmoins on a vu ce passage des viscères abdominaux dans la poitrine s'effectuer accidentellement, dit-on, à travers l'ouverture par laquelle l'œsophage pénètre dans l'abdomen.

Toutes les ruptures du diaphragme ne sont pas mortelles sur-le-champ. Un homme étant tombé du haut d'un dôme fut en danger de mourir pendant six mois, au bout desquels il reprit ses travaux, quoiqu'il lui restât une toux fréquente, une respiration difficile et une douleur croissante du côté gauche; mais quinze jours après, nouvelle chute. on reconnaît que sept côtes sont fracturées, il y a de l'emphysème, de l'inquiétude, les yeux sont hagards, le sujet crache du sang, la respiration est courte, laborieuse, le pouls fréquent, élevé, la soif est excessive et les boissons sont rejetées; dans la troisième nuit, il tombe de son lit et périt en peu d'heures. A l'examen du cadavre, on trouva l'abdomen applati, l'estomac et l'arc du colon passés dans la poitrine du

(1) Percy, *Dict. des Sc. méd.*, t. IX, p. 214.

côté gauche, à la faveur d'une ouverture du diaphragme, ovale, de deux pouces et demi de diamètre, à bords arrondis, épais de trois à quatre lignes, adhérent dans la poitrine à l'épiploon, dans l'abdomen à la rate, située au quart externe du centre aponévrotique; le diaphragme était en outre récemment ouvert dans l'étendue de trois pouces, et laissait pénétrer une nouvelle partie du colon.

Dans tous les cas où le sujet ne meurt pas immédiatement après la rupture du diaphragme, il conserve des douleurs dans la poitrine, à l'épigastre, dans le bas-ventre, des angoisses habituelles, des évanouissemens et des vomissemens fréquens, enfin une constipation opiniâtre.

Le diaphragme a été trouvé déchiré en étoile dans sa partie tendineuse, l'estomac et l'épiploon engagés dans l'ouverture, chez un homme mort subitement en vomissant avec de grands efforts des alimens grossiers; les commissures des lèvres étaient portées en dehors.

Un homme affecté de coliques, ayant pris un vomitif, eut des convulsions et périt peu après; le diaphragme fut trouvé déchiré à l'endroit où passe le nerf intercostal; le pancréas, une partie de l'épiploon et du colon étaient dans la poitrine.

Des tumeurs de matière jaunâtre, comparée à du suif, ont été trouvées sur le diaphragme, chez des sujets qui avaient éprouvé de la gêne dans la respiration.

On a trouvé des incrustations cartilagineuses, des productions osseuses, des concrétions lapidifor-

mes, des tumeurs d'apparence charnue sur le diaphragme.

Portal a trouvé sur l'aile droite de ce muscle une tumeur du volume de la tête d'un enfant, remplie de petites hydatides ; elle soulevait la plèvre et le poumon droit, réduit au volume d'une pomme.

§ II. Des spasmes du diaphragme (1).

2254. Le diaphragme s'abaisse avec force vers l'abdomen, dans les cris, la toux, le vomissement, dans les efforts pour aller à la garde-robe, dans ceux qui accompagnent l'inflammation du colon, du rectum, des reins, de la vessie, dans ceux qui aident la matrice à expulser le fœtus.

Le diaphragme se contracte lentement mais avec force, puis se relâche aussitôt et complètement, dans le soupir. Dans le bâillement, il se contracte longtemps et se relâche avec vîtesse. Il éprouve une forte contraction entravée par le resserrement de la glotte, dans les sanglots, les hoquets. L'éternuement est dû à une contraction convulsive du diaphragme, suivie aussitôt d'une contraction convulsive des muscles abdominaux.

2255. Les mouvemens du diaphragme deviennent plus fréquens, irréguliers, inégaux, dans les maladies que caractérisent des convulsions, lorsque l'irritation nerveuse s'étend jusque sur ce muscle :

(1) Broussais, *Phys. path.* — Bourdon, *Phys. méd.*

c'est ce qu'on observe chez les épileptiques et les hystériques.

2256. Le diaphragme participe à la contraction permanente des autres muscles dans le tétanos. C'est même par l'immobilité du diaphragme, plus encore que par l'état morbide de l'encéphale que le malade périt, car pour l'ordinaire il meurt au milieu de l'intégrité parfaite des facultés intellectuelles et des sens.

2257. Quoique le *hoquet* se rattache presque toujours à un état pénible de l'estomac ou du poumon, il peut dépendre directement d'une lésion du diaphragme, et c'est par une convulsion de ce muscle qu'il s'effectue, par conséquent il est naturel d'en traiter à l'occasion de ce muscle.

On observe le hoquet principalement chez les enfans et chez les vieillards, non pas précisément parce que les deux extrémités de la vie sont accompagnées de plus de faiblesse que l'âge adulte et la jeunesse, mais plutôt parce que dans l'enfance et dans la vieillesse les mouvemens de déglutition se font avec plus de précipitation que de force.

Le hoquet a lieu par suite d'un mouvement précipité et irrégulier de déglutition, par l'arrêt du bol alimentaire dans l'œsophage, par la présence des boissons très-froides ou aigres, d'une trop grande quantité de pain tendre ou de lait, des fruits, de l'eau froide après l'ingestion de ces alimens, de l'ail, des ognons, de la ciguë, de l'euphorbe, de l'acide sulfurique, de l'antimoine, de gaz, d'alimens non digérés, dans l'estomac, de matières irritantes ou de

matières fécales, dans les intestins, par suite de l'inflammation, de l'ulcération ou de l'étranglement de ces viscères. La suppression des évacuations habituelles ou morbides est parfois suivie du hoquet. Chacun sait qu'il se manifeste chez certaines personnes lorsqu'elles voient une autre en être tourmentée. On l'observe dans les cas de plaie de tête, de plaie du muscle temporal, de luxation des vertèbres, de fracture des côtes, d'enfoncement de l'appendice xyphoïde; enfin chez les femmes enceintes, et chez les enfans dont le crâne est imprudemment découvert.

J. Frank rapporte qu'un jeune homme étant resté assis près d'une femme, dévoré de désirs pendant plusieurs heures, éprouva une vive douleur aux testicules, et la fit cesser en se lavant avec de l'eau froide, mais bientôt il fut pris d'un hoquet violent qui dura cinq jours. J'ai connu un jeune homme sujet au hoquet, qui éprouvait de pareilles douleurs dans les mêmes circonstances.

On observe d'ailleurs le hoquet dans une foule de maladies aiguës. Tout hoquet durable est en général d'un mauvais augure. On sait qu'il est souvent le précurseur et le compagnon de l'agonie. Mais rien n'est plus commun et moins dangereux que le hoquet passager qui survient après un repas copieux ou l'abus des boissons froides, aqueuses, fades ou aigres, quoique ce soit un signe de sensibilité de l'estomac qu'il ne faut pas dédaigner. Il est rare en effet que le hoquet qui revient habituel-

lement après chaque repas ne soit pas l'indice d'une gastrite ou d'une duodénite chroniques.

Le hoquet est ordinairement passager ; tout ce qui appelle fortement, tout ce qui détourne et fixe l'attention le fait cesser, quand il n'est dû qu'à une irritation momentanée du pharynx, de l'œsophage, du cardia ou de l'estomac. Ses retours d'abord fréquens au point d'empêcher la moindre parole, et d'autant plus rapprochés qu'on essaie incessamment de parler, s'éloignent ensuite peu à peu, enfin il cesse tout à fait, à l'instant où on l'appréhende d'autant plus qu'il a duré plus long-temps. Il est quelquefois très-violent et fort douloureux ; alors il survient des borborygmes, des soupirs, des bâillemens, des éructations, des nausées, des vomissemens même; des douleurs de tête, de poitrine se font sentir, le pouls est fréquent, petit, la face est rouge.

On a vu le hoquet durer toute une journée, quatre, cinq, huit, douze, vingt, quarante jours, trois, sept, dix-huit mois, deux, quatre, vingt, vingt-quatre ans (1).

Hofmann a connu une femme chez laquelle le hoquet se manifestait pendant le sommeil ; il cessait dès qu'on lui imprimait quelque mouvement.

Lanzoni a observé un hoquet périodique chez une femme âgée de vingt-trois ans ; il était si violent qu'à peine pouvait-elle manger ; il alternait avec l'éternuement. Dans un autre cas observé par Bauer,

(1) Alberti, *de Casu singultus chronici*; Halle, 1743.

il alternait avec des défaillances. Hazon a vu le hoquet revenir de deux jours l'un et durer chaque fois environ trente-six heures, chez une femme âgée de trente ans, qui avait éprouvé une suppression de règles et d'évacuation aqueuse par la bouche, à la suite d'une vive frayeur.

A l'ouverture des cadavres de sujets qui avaient éprouvé le hoquet, on a trouvé des épanchemens dans la plèvre, des tumeurs qui comprimaient les nerfs de la huitième paire, un kyste entre la plèvre et les vertèbres, des traces d'inflammation à la plèvre, au diaphragme, à l'estomac, au foie, une tumeur au cardia, un épaississement avec induration du mésentère, la rate gorgée de sang, le cœur ramolli, ou enfin des concrétions lapidiformes dans les reins.

§ III. De la paralysie du diaphragme.

2258. Le diaphragme passe pour n'être jamais notablement affaibli dans son action pendant la vie, et pour ne se paralyser que dans l'agonie. Cependant c'est à la paralysie momentanée de ce muscle qu'est due la suspension de la respiration, ou, comme on dit, l'asphyxie, lorsque l'accès du poumon est ôté à l'air, et quand ce fluide est remplacé par un gaz impropre à entretenir l'action de ce viscère sur le sang.

ARTICLE II.

TRAITEMENT DES MALADIES DU DIAPHRAGME.

2259. Le traitement des maladies du diaphragme n'a guère occupé les praticiens qu'à l'occasion de quelques symptômes qui appelaient leur attention.

2260. L'*inflammation du diaphragme*, soit qu'elle réside dans la plèvre, le péritoine ou ce muscle lui-même, toutes les fois qu'on a lieu de la soupçonner, sinon de la reconnaître avec certitude, exige le silence et le repos absolus, l'usage des boissons chaudes mucilagineuses sucrées, prises à très-petites doses, les cataplasmes émolliens légers, appliqués sous forme de ceinture à la base de la poitrine, l'application des sangsues sur cette même partie du corps, la saignée si l'inflammation est intense comme elle doit l'être toujours en pareil cas, l'usage des lavemens poussés avec lenteur, et des bains dans lesquels on pose le sujet et d'où on le retire sans lui laisser faire aucun mouvement.

2261. Les *spasmes du diaphragme* sont efficacement combattus par les boissons réfrigérantes ou tièdes, douces ou acidulées, les bains, les rubéfians, la surprise, les affections agréables ou pénibles, l'opium, les excitans diffusibles, employés en raison de l'état des organes digestifs, respiratoires ou nerveux dont la lésion entraîne les mouvemens insolites de ce muscle.

2262. Le *hoquet* se termine ordinairement sans

qu'on soit obligé d'employer aucun moyen pour le faire cesser. On sait vulgairement qu'un mouvement de surprise, de frayeur, de dégoût, de colère, de douleur ou de honte, que la compression de la poitrine, du ventre, la suspension volontaire de la respiration, l'action de boire sans reprendre haleine, l'arrêtent subitement.

Lorsqu'il se prolonge assez pour devenir incommode et faire réclamer les secours de l'art, on ne sait guère quels conseils donner. Cependant ce mouvement convulsif est avantageusement traité par l'ingestion d'un verre d'eau froide sucrée, aromatisée ou nitrée, d'une petite quantité de vinaigre dont on imbibe un morceau de sucre, par l'usage du lait, de l'huile, de l'eau gazeuse, par l'application des ventouses scarifiées à l'épigastre, sur les hypochondres, et mieux encore le long de la colonne vertébrale, près des vertèbres cervicales de préférence, selon J. Frank, enfin par des ligatures appliquées aux membres.

On a recommandé contre le hoquet chronique, la saignée du bras ou du pied, les vésicatoires, les bains simples et ceux d'eaux thermales, les émétiques, les purgatifs, la magnésie, l'anis, le vinaigre de scille, la teinture de colchique, l'opium, le musc, le quinquina, la noix vomique, ou pour mieux dire, en un mot, toutes les substances que renferment les pharmacies. En effet, tous ces moyens ont réussi, mais rarement on a dû y avoir recours, et ils ont échoué dans la plupart des cas peu nombreux de hoquet très-prolongé, car alors

ce phénomène convulsif était dû à une lésion organique qui n'était pas de nature à céder à une déplétion sanguine momentanée, ni à la stimulation passagère des voies digestives ou de la peau. Peut-être même l'emploi intérieur des excitans a-t-il souvent contribué à entretenir le hoquet, car on le voit très-rarement aujourd'hui se prolonger beaucoup.

2263. La suspension d'action ou plutôt la paralysie du diaphragme, qui a lieu dans l'asphyxie, par exemple, serait peut-être traitée avec avantage par l'application de l'électricité le long de la colonne vertébrale et autour de la base de la poitrine.

FIN DU SECOND VOLUME.

SOME T

GUTTER

